WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ

DOC. DR. A. WOJCIECHOWSKIEGO

STYCZEŃ

ROK VIII

ZESZYT I

WARSZAWA 1934 R.

ROK VIII WARSZAWA 1934 STYCZEŃ ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Leczenie dietetyczne cierpień stawowych.

Podała.
DR. ELEONORA REICHER.
Doc. Uniwersytetu Warszawskiego.

Złożone warunki powstawania cierpień stawowych wymagają nieraz uwzględnienia w postępowaniu leczniczem czynnika dietetycznego. Wprawdzie względnie nieliczne są te choroby stawów, w których jak np. w dnie i w skazie szczawianowej jasno określone zaburzenia przemiany materji stoją u podstawy sprawy stawowej, wymagając określonej diety, ale właśnie znajomość tych stanów jest tem bardziej potrzebna, gdyż ograniczenia dietetyczne, których one wymagają, bywają nieraz niepotrzebnie rozciągane na inne grupy cierpień stawowych, etiologicznie zupełnie różnych. W innych znowu chorobach stawów leczenie dietetyczne ma znaczenie pośrednie, wzmacniające ustrój w sprawach wyniszczających przez zastosowanie diety, bogatej w tłuszcze, białka i węglowodany, albo też odwrotnie u osób otyłych, przez zastosowanie diety odchudzającej, ma ono na celu zmniejszenie obciążenia stawów, dźwigających ciężar ciała i podlegających z tego powodu łatwiej i prędzej zużyciu.

W nowoczesnej klasyfikacji cierpień stawowych, opartej głównie na czynnikach etiologicznych, odróżnia się przedewszystkiem dwie wielkie grupy, mianowicie cierpienia zakaźne i niezakaźne. Grupa chorób zakaźnych zależnie od swego przebiegu rozpada się na cierpienie zakaźne ostre i przewlekłe. Jedne i drugie dzielą się znowu na dwa działy: pierwszy obejmuje sprawy stawowe ostre, przedewszystkiem ostry gościec stawowy, tworzący odrębną jednostkę etiologiczną, oraz cierpienia stawowe, występujące w związku z najprzeróżniejszemi chorobami zakaźnemi, najczęściej w związku z gruźlicą, kiłą, wiewiórem, czerwonką, płonicą, durem brzusznym, grypą i t. p. Wszystkie te sprawy zakaźne mogą być przyczyną ostrych cierpień stawowych, niejednokrot-



nie zupełnie podobnych do ostrego gośćca. W drugim dziale znajdują się przewlekłe choroby stawów, przedewszystkiem znowu te, które powstają na tle ostrego gośćca, oraz przewlekłe cierpienia stawów, rozwijające się na tle innych chorób zakaźnych.

Postępowanie dietetyczne w przebiegu ostrego gośćca stawowego jest podobne do odżywiania i przy innych ostrych sprawach gorączkowych. Odżywianie jest głównie płynne, składa się z lekkiej herbaty, lekkich zup, mleka, o ile jest ono dobrze znoszone, soków owocowych, kaszki. Wskazane jest w tym stanie dość duże doprowadzanie płynu przez wzgląd na obfite poty chorych i występujące na tem tle pragnienie. Tą samą dietę płynną stosuje się i w innych postaciach ostrego gośćca, niezależnie od ich zakaźnie różnej etiologji. Natomiast w postaciach wtórnie przewlekłego gośćca postępowanie dietetyczne jest bardziej złożone. Przez wzgląd na nieraz bardzo uporczywe wytwarzanie się i długie trwanie wysięków zalecano dietę Schrotha, której zasadniczą cechą jest ograniczenie płynów. Dieta ta połączona z ograniczeniem chlorków daje nieraz niezłe wyniki. Przy podostrych i przewlekłych sprawach stawowych postępowanie dietetyczne, ograniczające odżywianie, musi być jednak ostrożnie stosowane, gdyż niektóre z tych cierpień mają charakter wybitnie wyniszczający i dlatego wymagają wręcz odwrotnego postępowania, t. j. intensywnego odżywiania. Dotyczy to szczególnie podostrych i przewlekłych spraw stawowych na tle gruźlicy, które w swoim przebiegu klinicznym mogą się niczem nie różnić od ostrego gośćca stawowego i jego następstw. Obok leczenia klimatycznego i uodporniającego obfite odżywianie, wskazane dla gruźlicy, odgrywa w tych przypadkach pierwszorzędną rolę, wpływając korzystnie na stan ogólny, co znajduje oddźwięk i w przebiegu sprawy stawowej. Potwierdzają to obok badań autorów francuskich także spostrzeżenia *Zandowej*, która zwraca uwagę, że nietylko podejrzane o etiologję gruźliczą sprawy stawowe, ale i dolegliwości neuralgiczne poprawiają się pod wpływem leczenia klimatyczno - odżywczego. Sprawa należytego odżywiania tych chorych bywa dzisiaj często zaniedbywana dzięki utartej rutynie, która w prawie każdej przewlekłej sprawie stawowej dopatruje się artretyzmu i wprowadza ograniczenia dietetyczne, właściwe dla dny, nieraz z wielką dla tych chorych szkodą. To samo dotyczy również pierwotnie przewlekłego gośćca, — przewlekle przebiegającej sprawy stawowej o etiologji niejasnej, ale mającej charakter wyraźnie wyniszczający. I w tej sprawie chorobowej, którą szkoła francuska przypisuje prawie wyłącznie działaniu toksycznemu zarazka gruźliczego, wskazane jest obfite, bogate w tłuszcze, białko i węglowodany odżywianie, wbrew tak często i w przebiegu tej sprawy niepotrzebnie stosowanym ograniczeniom dietetycznym, wskazanym dla dny. Zakwaszająca dieta, zalecona przez Gersona dla gruźlicy chirurgicznej w sprawach stawowych jeszcze należycie swej wartości nie dowiodła.

W grupie chorób stawowych pochodzenia niezakaźnego znaczny odsetek przypada na cierpienia stawowe, wywołane zużyciem przez nadmierne obarczenie stawów ciężarem ciała. Do tej grupy należy szereg dolegliwości, wywołanych stopą płaską, zmiany stawów kolanowych, bóle w dolnych odcinkach kręgosłupa i t. d. Powiększenie ciężaru ciała wywołuje nieraz dolegliwości w stawach dotychczas zdrowych, bywa przyczyną zaostrzenia choroby dotychczas ukrytej lub przewlekłej, np. w stopie płaskiej lub w kolanach, nie sprawiających żadnych dolegliwości, z chwilą powiększenia ciężaru ciała pojawiają się zmiany zapalne i bóle. Wszystkie te stany t. zw. niewystarczalności stawów, statycznej lub statyczno - dynamicznej natury są wdzięcznemi przypadkami dla leczenia dietetycznego, mającego na celu odchudzenie chorych. Leczenie to, odbywające się zapomocą zwykłych metod odchudzających, może być z powodzeniem zastosowane w przypadkach zniekształcającego zapalenia stawów kolanowych i skokowych, w sprawach zapalnych stawów kończyn dolnych, o ile tło zasadnicze cierpienia nie ma charakteru wyniszczającego, nadto w sprawach stawowych, powstałych na tle nadmiernego obarczenia stawów (stopa płaska), w sprawach stawowych dokrewnych, związanych z powiększeniem wagi ciała w okresie przekwitania, wreszcie w sprawach stawowych na tle nadwrażliwości. U osób otyłych leczenie

odchudzające powinno być zalecane zapobiegawczo jeszcze przed wystąpieniem dolegliwości stawowych, gdyż chroni się wtedy stawy przed nadmiernem zużyciem. U otyłych, którzy już cierpią na sprawy stawowe, zmniejsza się tą drogą bóle i daje się możność ruchu, często bardzo ograniczoną spowodu dolegliwości stawowych. Wreszcie tam, gdzie powstały już wysięki i zmiany stawowe, przyśpiesza się i ułatwia procesy reperacyjne, gdyż przez odpowiednie odchudzanie zmniejsza się obarczenie chorych stawów. Jak z powyższego widać, leczenie odchudzające, odpowiednio zastosowane, ma znaczne i wdzięczne pole działania w przebiegu cierpień stawowych, i z tego względu diety głodowe, stosowane w różnych zakładach przyrodoleczniczych, ale także i przez znachorów, cieszą się powodzeniem wśród publiczności. I w tych sprawach często przeszkadza mylne rozpoznanie dny, gdyż przeprowadzenie diety uciążliwej i monotonnej przeciwdnawej miast zwykłego odchudzenia jest dla chorych trudniejsze i stanowi zgoła niepotrzebny wysiłek.

Związek między zaburzeniami przemiany materji a cierpieniami stawowemi występuje wyraźnie w przebiegu dny, zmian stawowych na tle skazy szczawiowej i alkaptonurji. Badania, w których doszukiwano się związku między zaburzeniami przemiany węglowodanowej, a cierpieniami stawowemi, nie dały dotychczas określonego wyniku. Wprawdzie *Pemberton* stwierdził w przebiegu przewlekłych spraw stawowych obniżenie tolerancji dla węglowodanów, zależnie od ciężkości sprawy chorobowej, to samo ma się odnosić i do rwy kulszowej, jednakże spostrzeżenie to można różnie interpretować. Pokazało się bowiem, że równocześnie z poprawą stanu ogólnego po usunięciu źródła zakażenia, poprawia się również i tolerancja. Możliwe więc jest, że zmniejszenie tolerancji w stosunku do węglowodanów spowodowane jest przewagą napięcia nerwu współczulnego, i że z chwilą poprawy, zmniejszenia bólów, spadku ciepłoty po usunięciu ogniska zakażenia, wraca do równowagi układ nerwu współczulnego, i równocześnie poprawia się i tolerancja węglowodanów. Nie można więc wahań tolerancji węglowodanowej w przebiegu chorób stawowych uważać jako charakterystyczne zmiany przemiany materji i wyciągać z tego wnioski dietetyczne. To samo dotyczy również wapnia, stwierdzono bowiem, że w przebiegu przewlekłego gośćca o charakterze zniekształcającym następuje zatrzymanie wapnia, w innych znowu przypadkach jego większe wydzielanie. Naogół dotychczasowe wyniki badań, dotyczących zachowania się wapnia w przebiegu cierpień stawowych, nie są jednolite i jeszcze nie uprawniają do stosowania odpowiednich przepisów dietetycznych, jednakże określanie bilansu wapnia może nieraz w poszczególnych, indywidualnych przypadkach dać odpowiednie wskazania dietetyczne.

Spośród chorób stawowych skaza dnawa jest cierpieniem, w którem przy ustalaniu postępowania leczenie dietetyczne stoi na pierwszem miejscu. Jednakże sposób przeprowadzenia i ustalenia diety chorych dnawych zależy w znacznej mierze od teoretycznego ujmowania istoty dny, cierpienia, które nie jest jednolicie przez wszystkich badaczy tłumaczone. Dotychczas przyjmowano, że przyczyną dny są zaburzenia przemiany purynowej, w szczególności końcowego wytworu tej przemiany, kwasu moczowego.

W ustroju ludzkim i zwierzęcym powstaje kwas moczowy głównie z jąder komórek, jest on końcowym wytworem przemiany materji jąder. Jądro komórek jest również jednem z ważniejszych źródeł kwasu moczowego, znajdującego się w moczu osób, które pozostawały przez pewien okres czasu na diecie nie zawierającej ciał purynowych. W warunkach prawidłowych przy diecie bezpurynowej to t. zw. wewnętrzne wydzielanie kwasu moczowego nie przekracza 0.3 — 0.5 g. na dobę. Część wewnętrznego kwasu ma pochodzić z soków trawiennych, wydzielanych w przewodzie pokarmowym. Wydzielanie wewnętrznego kwasu moczowego jest mniejsze przy odżywianiu węglowodanami i tłuszczami niż po pokarmach białkowych, nawet nie zawierających ciał purynowych, jest np. mleko, lub jaja.

Przy diecie mieszanej, zawierającej nukleoproteidy, wydzielanie kwasu moczowego zwanego w tych warunkach, zewnętrznym, powiększa się i wynosi w zależności od zawartości ciał nukleinowych w pokarmach od 0.5 — 1.0 — 2.0 gr. na dobę, przekraczając nawet tę liczbę, jeżeli spożywano w większej ilości ciała, bogate w

nukleiny, jak wątrobę, móżdżek, i t. d. Od nukleoproteidów, przyjętych w pokarmach odszczepia się w przewodzie pokarmowym białko, pozostałe polinukleotidy, zamieniają się na łatwo rozpuszczalne mononukleotidy, które się wsysają. Jednakże w samym przewodzie pokarmowym pod wpływem pałeczek okrężnicy i bakteryj gnilnych może przemiana purynowa ulec znacznie posuniętej odbudowie, aż do powstania wolnych zasad purynowych, ze swej strony mogących również ulec rozszczepieniu przez bakterje. Słusznie więc zwraca uwagę *Gudzent*, że wszystkie badania, mające na celu ustalenie bilansu przemiany purynowej, w których spożywa się pewne ilości ciał purynowych, są niepewne, gdyż niewiadomo, jak część tych ciał i w jakim stopniu została rozłożona w przewodzie pokarmowym przez bakterje. Im większe bowiem jest gnicie w przewodzie pokarmowym, tem mniejsze może być wydzielanie kwasu moczowego w moczu z powodu rozszczepiającego działania bakteryj na kompleks nukleidowy.

Dalsza odbudowa mononukleotidów, które wchłonęły się, i znajdujących się we krwi wytworów, powstałych w przewodzie pokarmowym po rozszczepieniu kompleksu nukleinowego przez bakterje, odbywa się w wątrobie, do której przeszły one z krwią żyły wrotnej. Pod wpływem zaczynów nukleazy, dezamidazy i ksantynoksydazy zostają one rozszczepione aż do powstania kwasu moczowego. Kwas moczowy częściowo wydala się z ustroju, głównie drogą moczu, część zaś jego ma się przeistaczać pod działaniem zaczynu urikolitycznego na mocznik i amoniak. *Gudzent* twierdzi jednak, że kwas moczowy nie może być w ustroju dalej odbudowany, że jest on ostatecznym końcowym wytworem przemiany purynowej, gdyż kwas moczowy, wstrzyknięty dożylnie został w całości wydalony. Jeżeli stwarza się pewien w tych doświadczeniach niedobór tego kwasu, należy go przypisać rozkładowi kwasu moczowego w przewodzie pokarmowym przez bakterje.

W warunkach fizjologicznych przy diecie bezpurynowej we krwi człowieka zdrowego znajduje się kwas moczowy w ilości do 3.0 — 4.0 mg. na 100 cm.^{3} krwi. W podobnych ilościach znajduje on się w ślinie i w żółci. W narządach wewnętrznych największe stężenie kwasu moczowego stwierdza się w wątrobie i śledzionie, w mięśniach poziom jego jest mniejwięcej taki sam, jak we krwi. Niezależnie jednak od zaburzeń przemiany nukleinowej w pewnych cierpieniach ilość kwasu moczowego we krwi znacznie się zwiększa. Przedewszystkiem spostrzega się to w marskości nerek, w której wydalanie kwasu moczowego jest upośledzone, dalej idą te cierpienia, w których następuje znaczny rozpad komórek, mianowicie białaczka, zapalenie płuc, poza tem powiększenie poziomu kwasu moczowego we krwi znajdowano także i w innych sprawach, — takich, jak kiła, gruźlica i wiąd rdzenia. Spostrzeżenia te podważyły nieco dawny prosty sposób tłumaczenia dny, dowiodły bowiem, że samo przeładowanie krwi kwasem moczowym nie wystarcza jeszcze do wywołania ataku dny. W przeciwieństwie do dawnych teoryj, według których istotą dny są zaburzenia przemiany purynowej, polegające na zwolnieniu wytwarzania i wydalania kwasu moczowego, na jego nagromadzeniu się we krwi i odkładaniu w tkankach pochodzenia mesodermalnego, w szczególności w stawach i na powierzchniach chrząstek, przeważa obecnie pogląd, oparty na licznych nowych spostrzeżeniach, świadczących, że przemiana purynowa u chorych na dnę nie jest zaburzona. U chorych na dnę właściwą odbudowa purynów pozostaje prawidłowa, we krwi niezawsze jest poziom kwasu moczowego podwyższony, nieraz stwierdza się prawidłowy jego poziom, albo wprost przeciwnie, szczególnie przed atakiem dny poziom kwasu moczowego we krwi może być niski, jego wydzielanie z moczem obniżone. Stan ten tłómaczy się chciwością tkanek w stosunku do kwasu moczowego. *Gudzent* dowiódł w pomysłowych doświadczeniach, że bezpośrednio po dożylnem wstrzyknięciu moczanu sodowego poziom kwasu moczowego we krwi ludzi zdrowych początkowo się podnosi, poczem opada i podnosi się powtórnie mniejwięcej na 2 — 3 dzień po wstrzyknięciu, z moczem wydziela się naogół całość wstrzykniętego kwasu moczowego. To fizjologiczne wahanie kwasu moczowego we krwi można wytłumaczyć tylko jego zatrzymaniem w tkankach, skąd stopniowo zostaje on wydalony. U chorych na dnę przebieg wydalania kwasu moczowego jest odmienny: zostaje on znacznie dłużej za-

trzymany w tkankach, wydalanie jego jest powolne i wynosi zaledwie część wstrzykniętego kwasu moczowego. Tkanki chorych dnawych mają więc znacznie zwiększoną skłonność do zatrzymywania kwasu moczowego i nie oddają go całkowicie. Chciwość tkankowa chorych na dnę w stosunku do kwasu moczowego zaznacza się w ich sprawach stawowych. Jeżeli porównać zawartość kwasu moczowego we krwi i w wysiękach stawowych chorych na dnę z chorobami na inne sprawy stawowe, to *(Boas)*, u chorych niednawych zawartość kwasu moczowego we krwi i w wysiękach stawowych jest prawie ta sama, natomiast u chorych dnawych ilość kwasu moczowego w wysiękach w stosunku do jego poziomu we krwi jest znacznie, nieraz więcej, niż 100%, powiększona; skłonność tkanek do zatrzymywania kwasu moczowego tłómaczy także, dlaczego u chorych dnawych poziom kwasu moczowego we krwi może być nietylko nie podwyższony, ale nawet obniżony. Jeżeli bowiem wydzielanie kwasu moczowego jest prawidłowe, to w następstwie zatrzymywania go przez tkanki musi się obniżyć jego poziom we krwi. Jednakże nietylko tkanki chorych dnawych posiadają skłonność do zatrzymywania kwasu moczowego. Choć w mniejszym stopniu, stwierdzono ją również u starców, u chorych gruźliczych i w przebiegu wiądu rdzenia, wreszcie cechuje ona także cierpienia t. zw. alergiczne: migrenę, dychawicę oskrzelową, rumień guzkowaty i t. d. Opierając się na tej analogji między cierpieniami alergicznemi a dną, jako też na znanem spostrzeżeniu, że moczany odkładać się mogą w tkankach bez wywołania bólów np. przy tworzeniu się guzków dnawych w uszach, oraz na doświadczeniu, że atak dny właściwie nie jest związany z poziomem kwasu moczowego we krwi (hyperuricemia bez ataku), dochodzą badacze ze szkoły *Hisa*, w szczególności *Gudzent*, do przekonania, że istotą dny jest odczyn alergiczny ustroju na nieznane ciała uczulające. Za alergicznem pochodzeniem ataku dny przemawia nietylko nagłość jego występowania, ale powiększona ilość ciałek kwasochłonnych, stwierdzona we krwi w czasie ataków. Kwas moczowy nie może być przyczyną ataku, gdyż nawet w cierpieniach, w których wytwarzają się złogi moczanowe w tkankach, a krew jest przeładowana kwasem moczowym np. w przebiegu białaczki, proces ten może się odbywać powoli i bez ataków. Z tego wynika, że kwas moczowy jest raczej biernym świadkiem ataku, niż jego przyczyną. Istotną przyczyną ataku są czynniki inne, które miejscowo w tkankach wiodą do zwiększonego stężenia moczanów i do równoczesnego powstania odczynu zapalnego. Te same czynniki wpływać mogą i na warunki fizycznochemiczne, regulujące rozpuszczalność kwasu moczowego we krwi, która nie jest stała, ale zależna między innemi i od stanu koloidów krwi. Obecność i stan koloidów w cieczach ustrojowych wpływa w znacznej mierze na rozpuszczalność soli i zależnie od zmian tych koloidów zwiększa się lub zmniejsza zdolność do tworzenia osadów. Tą zależnością tłómaczy się również nierównomierność warunków, w których się tworzą złogi moczanów, których niema nieraz przy wysokiem stężeniu kwasu moczowego we krwi, a nieraz wypadają przy niskim jego poziomie. Układ koloidowy krwi bardzo żywo oddziaływa na wszystkie urazy zewnętrzne i wewnętrzne, i zmiany koloidów krwi, będące również wyrazem wstrząsu, mogą przyczyniać się także do wypadania i do tworzenia się złogów substancyj nieorganicznych. Innemi słowy ten sam czynnik, który zatrzymuje moczany przed atakiem dny w tkankach, drogą zmian fizykochemicznych i zaburzeń nerwowych parasympatycznych wpływać może na rozpuszczalność moczanów, zmniejszać ją i wywoływać ich wypadanie i tworzenie w tkankach złogów, które wtórnie wywołują w stawach zmiany typowe dla dny. Według tego pojęcia te same ciała uczulające, które są przyczyną stanu nadwrażliwości i towarzyszących mu objawów stawowych, wpływają pośrednio i na stan narządów wewnętrznych, działając szkodliwie na naczynia krwionośne. Marskość nerek chorych na dnę jest tylko wyrazem ogólnego szkodliwego działania nieznanego jadu na cały układ naczyniowy.

Zastanawiając się nad naturą i charakterem jadu, wyzwalającego odczyn alergiczny i towarzyszące mu objawy u dnawych, przypuszcza *Gudzent*, że nie jest nim kwas moczowy, ale pewne składniki pokarmów lub też wytwory powstające przy ich odbudowie w przewodzie pokar-

mowym, szczególnie jeżeli czynności tego ostatniego są zaburzone.

Atak dny, poprzedzany jest często zaburzeniami w zakresie przewodu pokarmowego: zmniejsza się wydzielanie soku żołądkowego, chorzy uskarżają się na gniecenie, na uczucie pełni, odbijania, czasami stwierdza się nieznaczne powiększenie wątroby, znikające po ataku. Możliwe jest, że i te objawy są spowodowane działaniem toksycznem ciał, powstających przy rozkładzie pokarmów w przewodzie pokarmowym albo też tworzących się w ustroju pod działaniem różnych czynników, jak praca, zmęczenie, wzruszenia psychiczne i t. d. Stan przewodu pokarmowego może ze swej strony wpływać także nietylko na odbudowę spożytych pokarmów, ale i na ich wchłanianie, wywołując tą drogą zmiany, prowadzące do powstania alergenów i do uczulenia. Przeprowadzenie dowodu, jaki rodzaj pokarmów działa na dnawych szkodliwie, jest bardzo trudne. Naogół w krajach północnych przyjęło się przekonanie, że najszkodliwszem jest dla tych chorych mięso, gdyż, zawierając dużo ciał purynowych, sprzyja gromadzeniu się kwasu moczowego we krwi i jego wypadaniu w stawach, ale we Włoszech nie mięso jest uważane za czynnik szkodliwy, lecz mleko, pomidory i owoce. Podobne pomieszanie pojęć panuje, jeżeli chodzi o wpływ wyskoku na chorych dnawych: jedni uważają, że jest on szkodliwy, ale znane są przypadki, w których chorzy czując zbliżający się atak, zapobiegają mu, wypijając większe ilości wina. W świetle teorji alergicznej sprawa napojów wyskokowych daje się podobnie wyjaśnić, jak i pewnych potraw. W niektórych napojach wyskokowych znajdują się ciała uczulające, na które chorzy dnawi są nadwrażliwi, i które mogą u nich wywołać atak, jednakże tak, jak i w stosunku do potraw, jest ta nadwrażliwość reakcją czysto indywidualną. Z tego też względu pokarmy, jak i napoje, które dla jednych chorych są obojętne, dla drugich mogą być szkodliwe, i tem się też tłómaczą liczne rozbieżności tak w poglądach samych chorych na to, co uważają dla siebie za szkodliwe, jak i w przepisach dietetycznych.

Z powyższego zestawienia widać, jak dalece teoretyczne ujmowanie istoty dny wpływać musi na przepisy dietyczne. Według poglądu *Brugscha i Schittenhelma*, a także *Garroda* i innych należy przedewszystkiem ograniczać w pokarmach dopływ ciał purynowych, gdyż one to dzięki zwolnionemu wydzielaniu i zwolnionej odbudowie kwasu moczowego wywołują gromadzenie się jego we krwi i następne odkładanie w tkankach. Według nowszych poglądów *Gudzenta, Umbera* i innych przyczyna cierpienia leży w nieznanych, w każdym poszczególnym przypadku zmiennych ciałach, które zależnie od indywidualnych, konstytucjonalnych cech jednostki wywołać mogą odczyn alergiczny. Wyrazem tego odczynu są między innemi i objawy stawowe. Z tego więc punktu widzenia niema właściwie celu ograniczać specjalnie w pokarmach ciał purynowych, ale trzeba się doszukiwać w każdym poszczególnym przypadku ciała uczulającego, które dla każdego chorego może być inne. Już, zbierając wywiady, trzeba zwrócić uwagę jakie środki spożywcze, a także jaki rodzaj napojów wyskokowych może u chorych wyzwolić atak. Należy pamiętać również o tem, że ciała uczulające mogą powstawać w zależności od sposobu przyrządzania pokarmów, nie jest więc obojętne, czy chory spożywa mięso gotowane lub smażone, czy potrawy są solone i przyprawione korzeniami. Nie jest także obojętny stan przewodu pokarmowego, gdyż zaburzenia trawienia przyczyniać się mogą do powstania ciał uczulających.

Nawet przyjmując pogląd, który widzi w ataku dny tylko objaw nadwrażliwości, nie można lekceważyć doniosłości ciał purynowych, może nie tyle dla wyzwolenia ataku dny, ile dla następstw, które pociąga dla stawów odkładanie się w nich moczanów. Stałe odkładanie się moczanów na powierzchni chrząstkowej stawów nietylko niszczy chrząstkę, ale złogi moczanowe, przebijając do tkanki kostnej, wiodą do jej rozrzedzenia, do następnego bujania, wywołując wtórne objawy zapalne, które łączą się z pierwotnemi zmianami zanikowemi chrząstki i kości. Nietylko więc dążność do zapobiegania atakowi dny, ale konieczność ograniczenia ile możności odkładania się w tkankach moczanów nakazuje usunąć z diety chorych na dnę ciała purynowe, będące źródłem wewnętrznego i zewnętrznego kwasu moczowego. Jak widać z załączonej poniżej tabeli, o-

graniczenie to rozciągać się musi szczególnie na pokarmy, zawierające duże nukleoproteidów, a więc organy gruczołowe takie, jak grasica, trzustka, nerki, wątroba, a także i móżdżek. Tych pokarmów chorzy zupełnie spożywać nie powinni (tabl. Nr. 1). Spożywanie mięsa jako pokarmu, pozostającym na diecie bezpurynowej, 200 gr. mięsa i określić, w jakim czasie krzywa wydzielania kwasu moczowego wróci do swej pierwotnej wysokości, odpowiadającej wewnętrznemu kwasowi moczowemu. Zależnie od wyniku tej próby zaleca on tyleż dni bezpurynowych w tygodniu,

Zawartość kwasu moczowego w pokarmach

100 gr.	kwas moczowy w gr.	100 gr.	kwas moczowy w gr.
wołowina	0.111	węgorz. wędz.	0.087
cielęcina	0.114	łosoś	0.072
baranina	0.078	karp	0.162
wieprzowina	0.123	szczupak	0.144
szynka	0.072	śledź	0.207
salami	0.069	pstrąg	0.168
wątroba	0.279	szprota	0.246
nerka	0.240	sardynki	0.354
grasica	0.990	anczousy	0.465
kurczę	0 087	jaja kurze	0.0
gołąb	0.174	groch	0.054
gęś	0.099	soczewica	0.162
sarna	0.117	bób	0.051
buljon	0.045	fasola	0.081
		szpinak	0.072
		kakao	1.30
		czekolada	1.43
		herbata	1.35
		kawa	1.24

zawierającego dość dużo hipoksantyny, ogranicza się również w zależności, czy chory jest w okresie ataku, czy też w czasie międzyatakowym. Ponieważ wiadomo, że w okresie poprzedzającym atak, ciała purynowe są zatrzymywane w ustroju, a po ataku, po bezpośredniem powiększeniu odpływu purynów, następuje ich wtórne zatrzymanie, przeto gdy chorzy czują zbliżanie się ataku, w czasie ataku, a także i po nim, mniejwięcej w czasie 10 dni do dwóch tygodni, wszystkie pokarmy, zawierające ciała purynowe, a więc i mięso powinno być usunięte z odżywienia. Odżywianie w czasie ataku powinno być lekkie, składać się z lekkich zup mlecznych lub jarzynowych, mleka, kaszek, jarzyn i owoców. W przerwach między atakami mięso podaje się w ilościach, zależnych od stanu chorych, t. j. od ich tolerancji w stosunku do określonych ilości ciał purynowych. *Umber* zaleca dla wywypróbowania tolerancji podać chorym, ile dni trwało wydzielanie kwasu moczowego. W przypadkach korzystnych chorzy pozostają 2 — ß dni, w przypadkach cięższych 4 — 6 dni tygodniowo na diecie bezpurynowej. Dodatek mięsny, włączony do diety chorych, nie powinien przekraczać 150 — 200 gr. na dobę. Zasadniczo zdaniem niektórych jest obojętne, czy chorzy spożywają mięso czarne czy białe, gdyż w obu gatunkach mięsa zawartość ciał purynowych ma być ta sama. *W. Orłowski* zwraca jednak uwagę, że empirycznie ustalono, iż w naszym klimacie mięso czarne szkodzi dnawym bardziej, niż białe. Zresztą badania *Żebrowskiego* z *Ziwertem* dowiodły, że kwas moczowy pochodzenia zewnętrznego wydala się u chorych dnawych po mięsie białem już w dwa, trzy dni, natomiast po czarnem dopiero po 4 — 7 dniach. Nie jest obojętne również postać w jakiej się mięso podaje, gdyż mięso smażone lub pieczone jest szkodliwsze, niż gotowane. W czasie gotowania bowiem pra-

wie połowa zasad purynowych przechodzi do buljonu, z tego też względu i wszystkie wyciągi mięsne są szkodliwe. Ryby zawierają również ciała purynowe, a jak widać z tabeli, nawet więcej, niż mięso, szczególnie drobne gatunki ryb są zasobne w puryny. Wobec tego szproty, sardynki, kilki, śledzie, pstrągi, anczousy należy wyłączyć z pożywienia dnawych. Mleko i jaja, nie zawierają ciał purynowych, mogą być podawane, jednakże nieraz należy i te pokarmy ograniczyć, a to daltego, że ciała białkowe powiększają wydzielanie soków trawiennych, w których wydzielają się puryny, składające się na część wewnętrznego kwasu moczowego. Odżywianie białkiem, nawet nie zawierającem purynów, znaczniej powiększa wytwarzanie wewnętrznego kwasu moczowego, niż odżywianie węglowodanami lub tłuszczami. Ponieważ więc białko tą drogą wpływać może na wytwarzanie i gromadzenie się kwasu moczowego, należy dążyć raczej do ograniczenia ciał białkowych, nawet nie zawierających purynów. *W. Orłowski* zaleca ograniczyć podawanie białka do 1 gr. na kg. wagi, *Umber* uważa, że dla utrzymania równowagi białkowej wystarczy jeszcze mniejsza ilość, to jest 0.8 — 0.9 gr. białka na kg. wagi.

Ponieważ stwierdzono, że w nocy następuje fizjologiczne zatrzymywanie ciał purynowych, najkorzystniej jest podawać potrawy, zawierające ciała purynowe, jednorazowo w godzinach rannych lub południowych. Niektórzy autorzy ograniczają w diecie chorych dnawych również węglowodany. Jednakże doświadczenia, które dowodzą, że węglowodany ograniczają wytwarzanie wewnętrznego kwasu moczowego, to samo dotyczy zresztą i tłuszczów, — nie uzasadniają tego postępowania. Co najwyżej należy ograniczyć z jarzyn te, które zawierają znaczniejsze ilości ciał purynowych. Przedewszystkiem należą tutaj jarzyny strączkowe (boby, groch, fasola i t. d.), natomiast jarzyny zielone i mączne, pomidory i owoce, nie zawierające purynów, można podawać. Węglowodany, jak zresztą i tłuszcze, powinny zajmować w diecie chorych dnawych miejsce przystosowane do stanu tych chorych. Węglowodany, a szczególnie tłuszcze, należy ograniczać u chorych dnawych otyłych, nadto węglowodany u tych, którzy mają skłonność do cukrzycy, natomiast dla chorych dnawych wątłych i wychudzonych i tłuszcze i węglowodany są bardzo potrzebne.

Wyskok zwalnia wydzielanie kwasu moczowego i sprzyja jego zatrzymywaniu w ustroju. Jednakże niewszystkie napoje wyskokowe działają jednakowo. Naogół gorzej jest znoszone piwo, które prócz alkoholu zawiera w litrze jeszcze do 100 gr. ciał purynowych. Lepiej znoszone są jasne gatunki piwa, znacznie mniej zasobne w ciała purynowe i mające działanie moczopędne. Cięższe gatunki wina, jak wina burgundzkie, portwein, a także wino szampańskie i likiery należy usunąć, natomiast można dopuścić wina lekkie w niezbyt dużej ilości, od czasu do czasu, dla urozmaicenia diety chorych.

Kawa i herbata zawierają kofeinę, teobrominę i teofilinę. Przypuszczano, że ciała te przechodzą przez ustrój, nie biorąc udziału w powstawaniu kwasu moczowego, jednakże doświadczalnie stwierdzono, że kofeina w wątrobie zostaje przeistoczona w ksantynę i hipoksantynę, czyli, że może się stać źródłem kwasu moczowego. Z tego też względu chorzy dnawi kawę i herbatę mogą pić jedynie w rozcieńczeniu i w niezbyt znacznych ilościach, przytem kawę w postaci, pozbawionej kofeiny.

Ustalając dietę chorych dnawych, należy unikać wszelkiego schematyzmu, konieczne jest zwrócenie uwagi na stan konstytucjonalny i na stan odżywienia chorych, na ich warunki życia i upodobania. Pamiętając o tem, że powstanie ataku dny może zależyć nietylko od ciał purynowych w pokarmie, ale także od swoistych odczynów chorych na ciała uczulające, należy troskliwie zwracać uwagę na indywidualną wrażliwość w stosunku do obranej diety, przyczem nie można lekceważyć spostrzeżeń chorych, którzy pewne pokarmy lub napoje uważają dla siebie ze szkodliwe. W przypadkach cięższych kilkatygodniowe okresy ściśle bezpurynowej diety, przeplatane okresami diety z ograniczoną zawartością purynów, według norm, już omówionych, mogą mieć wpływ bardzo korzystny. Wprawdzie przeciwnicy teorji, uważającej kwas moczowy za przyczynę bezpośrednią ataku, stwierdzają, że ostre ataki dny występować mogą nawet po kilkutygodniowej diecie bezpurynowej, i wątpią wobec tego o celowości i skuteczności diety bezpurynowej, skądinąd bardzo dla chorych uciążliwej. Jednakże *W. Orłowski*,

słusznie, podkreśla, że podobne przypadki można także wytłumaczyć nagromadzeniem w ustroju kwasu moczowego pochodzenia wewnętrznego, powstałem na tle często nie dającej się stwierdzić przyczyny. Podobne więc przypadki niekoniecznie świadczą o bezcelowości diety bezpurynowej, a raczej dowodzą, że zaburzenie przemiany nukleinowej pomimo stosowania diety bezpurynowej jeszcze nie ustąpiło, wobec czego dietę należy stosować w dalszym ciągu. Również i *Umber* zaznacza, że leczenie dietą celowe jest tylko wtedy, gdy jest długotrwałe, t. zn. gdy chorzy latami żyją w sposób, ograniczający wytwarzanie ciał purynowych, albo też gdy ograniczenie ciał purynowych w diecie jest przeprowadzane corocznie w kilkurazowych miesięcznych okresach. Szczególnie korzystne działanie przeplatających się ze sobą okresów diety ściśle bezpurynowej i diety z ograniczoną ilością purynów tłumaczy *W. Orłowski* kolejnem działaniem na układ fermentacyjny leczenia oszczędzającego i ćwiczącego, co pociąga za sobą podniesienie sprawności przemiany nukleinowej.

Układając więc dietę dla chorych dnawych należy nietylko wziąć pod uwagę stopień ciężkości choroby, stan odżywienia, uwzględnić skłonność do otyłości lub wychudzenia, skłonność do cukrzycy, wziąć pod uwagę stan nerek i narządu krążenia, ale także zwracać pilną uwagę na stan przewodu pokarmowego i na indywidualny odczyn chorych na przyjmowane pokarmy, szczególnie ważny przez wzgląd na możliwość alergicznej genezy dny. Dopiero po uwzględnieniu tych wszystkich czynników można ustalić dietę, która zawsze musi dążyć do ograniczenia ciał purynowych przy różnej gospodarce węglowodanami i tłuszczami, zależnie od stanu chorych.

WZÓR ODŻYWIANIA CHORYCH DNAWYCH.

wychudzonych:	*otyłych:*
I śniadanie:	
Lekka herbata lub kawa ze śmietanką i cukrem. Chleb biały z masłem i konfiturami. Ser. Owoce: śliwki, wiśnie, banany, jabłka, gruszki.	Lekka herbata lub kawa z mlekiem z małą ilością cukru lub z sacharyną. Chleb razowy, mało masła. Owoce: gruszki, jabłka, w lecie poziomki, maliny.
II śniadanie.	
Słodki kompot lub owoce, $1/2$ szkl. śmietanki, biały chleb z masłem i miodem.	Owoce: jabłka, gruszki, chleb razowy lub Grahama.
Obiad.	
Zupy mleczne lub owocowe, lub jarzynowe (bez buljonu). W dniach, w których dozwolone mięso, 150 — 200 gr. mięsa białego, ryby lub drobiu. Dużo jarzyn, dobrze przyrządzonych z masłem, z ograniczeniem jarzyn, zawierających ciała purynowe, jak groch, fasola, szpinak, grzyby. Kartofle. Sałata. Kompot dobrze osłodzony, słodka legumina.	Zupy bardzo niewiele. Mięso i jarzyny tak samo, jednakże jarzyny przyrządzane z małą ilością masła; ilość kartofli ograniczona. Kompot mało osłodzony. Zamiast leguminy owoce.

Podwieczorek.

Lekka kawa lub herbata ze śmietanką i cukrem. Biały chleb, masło, konfitury, ciastka.

Lekka kawa lub herbata z mlekiem. Mało cukru lub sacharyna, chleb Grahama, galaretki owocowe.

Kolacja.

Ryż lub kaszka z masłem, ew. z owocami lub konfiturami, albo jarzyna z masłem i jajami. Chleb, masło, ser, owoce.

Jarzyny w dość dużej ilości. Jaja. Chleb Grahama, z małą ilością masła. Ser. Owoce.

W. Orłowski zaleca następujące wzory diety bezpurynowej w zależności od ograniczenia białka i mleka, którego niektórzy chorzy nie znoszą:

1) bezpurynowa mleczna bez ograniczenia białka,
2) bezpurynowa mleczna z ograniczeniem białka do 80 gr. dziennie,
3) bezpurynowa bez mleka.

A) Wzór tygodniowego rozkładu potraw w diecie bezpurynowej mlecznej bez ograniczenia białka.

DZIEŃ	ŚNIADANIE I	ŚNIADANIE II	OBIAD	PODWIECZOREK	KOLACJA
Poniedziałek i piątek	Biała kawa bez kofeiny	Chleb z marmeladą	Mleczna zupa owsiana mleczne piuré ziemniaczane.	Herbata z mlekiem	Kasza jaglana sera holenderskiego 100 gr.
Wtorek, czwartek i niedziela			Mleczna zupa makaronowa kasza jaglana pierogi z kapustą lub naleśniki z powidłami.		Kasza grysikowa buchty z serem.
Środa i sobota			Mleczna zupa z krup krakowskich makarony buchty z powidłami.		Mleczna kasza jaglana jajko na miękko.

Oprócz wymienionych potraw każdy otrzymuje dziennie:

chleba białego	420 gr.
omasty (masła)	40 „
soli kuchennej	12 „

Znajdujący się na tym żywieniu chory otrzymuje dziennie, jeśli nie liczyć 12 gr. soli kuchennej, przeciętnie

białka	103 gr.
węglowodanów	534 „
tłuszczów	78 „
soli kuchennej	2,9 „
jednostek cieplnych	3287

B) Wzór tygodniowego rozkładu potraw diety bezpurynowej mlecznej z ograniczeniem białka do 80 gr.

DZIEŃ	ŚNIADANIE I	ŚNIADANIE II	OBIAD	Podwieczorek	KOLACJA
Poniedziałek i czwartek	Biała kawa bez kofeiny	Chleb z marmeladą	mleczna kasza perłowa strucel z makiem	Herbata z mlekiem	kleik ryżowy kasza hreczana
Wtorek i piątek			mleczna kasza ryżowa pieróg z powidłami jabłka smażone		kartoflanka sago wypiekane
Środa i sobota			kleik owsiany mleczne piuré ziemniaczane		ryż wypiekany z rodzynkami kompot ze suszonych śliwek
Niedziela			kleik ryżowy 2 jaja smażone łazanki		makaron wypiekany z jabłkami galaretka ze śliwek

Oprócz wymienionych potraw każdy chory otrzymuje dziennie:

Chleba białego	420	gr.
omasty (masła)	40	„
soli kuchennej	12	„

Znajdujący się na tem żywieniu chory otrzymuje dziennie, jeśli nie liczyć 12 gr. soli kuchennej, przeciętnie:

białka	71	gr.
węglowodanów	489	„
tłuszczów	60	„
soli kuchennej	1,6	„
jednostek cieplnych	2864	„

C) Wzór tygodniowego rozkładu potraw w diecie bezpurynowej bez mleka.

DZIEŃ	ŚNIADANIE I	ŚNIADANIE II	OBIAD	PODWIECZOREK	KOLACJA
Poniedziałek i czwartek	Herbata i jajko	Herbata i jajko	Kartoflanka z dodatkiem jajka Kasza ryżowa Strudel z rodzynkami Herbata	Herbata i jajko	2 jaja Kisiel borowinowy Herbata
Wtorek, piątek i niedziela			Kleik z krup perłowych 2 jaja Makaron Herbata		Kasza grysikowa Strudel z makiem Herbata
Środa i sobota			Kleik owsiany 2 jaja Makaron wypiekany z makiem Herbata		Kasza z krup krakowskich 2 jaja Herbata

Oprócz wymienionych potraw każdy chory otrzymuje dziennie:

sucharków	400 gr.
omasty (masła)	40 „
soli kuchennej	12 „

Znajdujący się na tym żywieniu chory otrzymuje dziennie, jeśli nie liczyć 12 gr. soli kuchennej, przeciętnie:

białka	97 gr.
węglowodanów	608 „
tłuszczów	76 „
soli kuchennej	1,05 „
jednostek cieplnych	3593 „

Leczenie dietetyczne chorych dnawych wymaga ograniczeń nietylko jakościowych, ale i ilościowych. Doświadczenia wielkiej wojny z jej ograniczeniami żywnościowemi dowiodły bowiem, że wogóle ograniczenie ilościowe pokarmów, zmniejszenie nawet ich kalorycznej wartości, korzystnie wpływa na przebieg dny. Z punktu widzenia alergicznej genezy dny ograniczenia dietyczne są celowe, wprawdzie nie dlatego, że ograniczają dowóz ciał purynowych, lecz przedewszystkiem dlatego, że zmniejszając w ogóle ilość pokarmów i regulując sposób odżywiania się chorych, obniżają możność wytwarzania się alergenów i zmniejszają nadmierną wrażliwość ustroju.

Z zestawienia powyższego widać, że pożywienie chorych dnawych składać się musi głównie z jarzyn zielonych i mącznych, cukrów, owoców, pieczywa, mleka, jaj; z tłuszczów najodpowiedniejsze jest masło i śmietanka. Do diety tej należy jeszcze obfite doprowadzanie płynów, o ile niema przeciwskazań ze strony nerek i serca. Przepłukiwanie ustroju zwiększa wydzielanie moczu, stwarza lepsze warunki dla rozpuszczalności kwasu moczowego i sprzyja, jak wykazały badania *Umbera*, jego wydalaniu z ustroju.

Płyny doprowadza się razem z pokarmami jako wodę źródlaną, soki owocowe lub wody mineralne. Te ostatnie dobiera się odpowiednio do stanu sprawy stawowej, odżywienia chorego i stanu jego narządów wewnętrznych.

Dieta chorych dnawych jest dietą dość trudną, monotonną i z tego powodu uciążliwą do przeprowadzenia szczególnie, jeżeli się uwzględni konieczność utrzymywania jej przez dłuższy okres czasu. Ta okoliczność nakazuje dokładne rozpoznanie, z jednej strony aby uniknąć bezcelowego, a czasami nawet, o ile sprawa stawowa nie jest wywołana zaburzeniami przemiany purynowej, szkodliwego sposobu leczenia, z drugiej strony, by nie narażać chorych niepotrzebnie na koszt i trud, związany z dokładnem przeprowadzeniem zaleceń dietetycznych. Rozpoznanie dny opiera się na obrazie klinicznym, który jednak niezawsze jest typowy, na oznaczeniu zawartości kwasu moczowego we krwi, w moczu oraz na określeniu zdolności wydzielniczej ustroju w stosunku do znanych ilości ciał purynowych. We krwi chorych dnawych kwas moczowy bywa powiększony, jednakże poziom jego nie jest stały, lecz zmienny, szczególnie w czasie ataku ma się on obniżać. Wydzielanie wewnętrznego kwasu moczowego w moczu wynosi przy diecie bezpurynowej do 0,5 gr. na dobę, w okresie przedatakowym to wydzielanie zmniejsza się bardzo znacznie, bezpośrednio po ataku podnosi się, dochodząc do swego szczytu na drugi, trzeci dzień po ataku, poczem znowu powtórnie bardzo wyraźnie opada. Ten przebieg krzywej wydzielania wewnętrznego kwasu moczowego, badany u chorych, pozostających na diecie bezpurynowej, jest charakterystyczny dla dny. Widać z tego, jak wielkim błędem jest tak często spotykane wnioskowanie, że cierpienia stawowe, spotykane u osób, których mocz zawiera w okresie pozaatakowym duży osad moczanów, są pochodzenia dnawego. W przebiegu dny wprost przeciwnie wydzielanie moczanów w okresie między napadami jest raczej zmniejszone. Obfity osad w moczu, składający się z kryształków kwasu moczowego lub jego soli, pojawiający się zaraz po oddaniu moczu, nie ma ze skazą dnawą nic wspólnego. Powstaje on wtedy, gdy zmniejsza się zasadowy odczyn moczu, przy równocześnie zmniejszonej ilości urochromu. Są to warunki charakterystyczne dla t. zw. skazy moczanowej, w której następstwie powstać może kamica nerkowa. Uszkodzona przez kamicę nerka, spełniając gorzej swe czynności wydzielnicze, może wtórnie przyczynić się do nagromadzenia kwasu moczowego w ustroju, jak to bywa w dnie, jednakże stan ten z właściwą dną nie ma nic wspólnego.

Skaza szczawiowa jest zaburzeniem przemiany materji, w którem nadmiar kwasu szczawiowego w ustroju staje się przyczyną licznych dolegliwości chorobowych. Szczególne powinowactwo kwasu szczawiowego do tkanki kostnej i nerwowej doprowadza do odkładania się jego złogów w tych tkankach. Wywołuje to podrażnienie splotów nerwowych, objawiające się bólami i zaburzeniami czynności narządów, które stoją w związku z zaatakowanemi przez kwas szczawiowy splotami. Zależnie od zaatakowanych splotów i nerwów odróżnia się według *Lathe'go* następujące postaci skazy szczawiowej: 1) nerwowo-mięśniową; 2) żołądkową; 3) jelitową; 4) nerkową; 5) postać, objawiającą się dychawicą oskrzelową i 6) postać stawową. Postać stawowa łączy się często z bólami mięśniowemi *(Grott)*. *Grott* znalazł na 27 przypadków skazy szczawiowej u 14 chorych dolegliwości stawowo-mięśniowe, jednakże tylko u pewnej liczby tych chorych poziom kwasu szczawiowego we krwi był powiększony; u niektórych równocześnie z powiększeniem poziomu kwasu szczawiowego był podwyższony również poziom kwasu moczowego, z czego można wnioskować, że te zaburzenia przemiany materji idą nieraz ze sobą w parze. *Grott* na podstawie swoich spostrzeżeń zwraca słusznie uwagę, że w przypadkach niejasnych spraw stawowych o przebiegu podostrym lub przewlekłym należy brać pod uwagę etiologiczną możliwość skazy szczawiowej, której kliniczne rozpoznanie o ile tylko się ją bierze pod uwagę, nie sprawia większych trudności. Trafne rozpoznanie posiada natomiast dla chorych duże znaczenie, gdyż, stosując odpowiednie leczenie dietetyczne, można wpłynąć korzystnie na objawy chorobowe.

Dolegliwości stawowe w skazie szczawiowej dotyczą najczęściej drobnych stawów kończyn, ale także bywają często w stawach kręgowych, krzyżowo-biodrowych, barkowych i kolanowych. Często stwierdza się zgrubienia główek paliczków, a w stawach kolanowych i barkowych drobne trzeszczenia. Bóle stawowe pogarszają się często przy zmianach pogody, a także przy błędach dietetycznych. Objawy stawowe łączą się nieraz z nerwobólami, bólami mięśni, bólami karku, migrenami. Nieraz towarzyszy tym objawom spadek ciśnienia krwi, czasami łączą się z niemi objawy psychiczne w postaci depresji i przygnębienia. Błędy dietetyczne pogarszają również dolegliwości neuralgiczne.

W warunkach prawidłowych u ludzi zdrowych zawartość kwasu szczawiowego we krwi nie przekracza 10 mg. na litr krwi. Wyższy poziom kwasu szczawiowego, szczególnie przekraczający 20 mg., wchodzi już w granicę zaburzeń patologicznych. Naogół gdy poziom kwasu szczawiowego we krwi jest powiększony, zwiększa się i jego wydzielanie w moczu, w którym w warunkach prawidłowych wydziela się on mniej więcej w ilości 20 mg. na dobę. Jak podaje *Grott*, gdy nerka kwas moczowy wydziela dobrze, wtedy niema jego zatrzymywania we krwi, i stosunek *ox.* krwi do *ox.* moczu jest jak $1/2$, ew. $1/1$. Przy takim stosunku krew zawiera kwasu szczawiowego około 40 — 50 mg. w litrze, a w moczu ilość dobowa może wynosić nawet do 500 mg. na dobę. Gdy kwas szczawiowy jest zatrzymany w ustroju, poziom jego we krwi jest wyższy i może dojść do 80 mg., wydzielanie zaś jego w moczu będzie mniejsze, wynosząc około 30 — 40 mg. na dobę, stosunek ox. krwi do *ox.* moczu będzie wtedy, jak $4/5$ a nawet 7 do 1. Większa część kwasu szczawiowego wydziela się w moczu w postaci nierozpuszczalnych szczawianów wapnia, krystalizujących się jako znane, ostre, podobne do kopert kryształki. Ilość nierozpuszczalnego szczawianu wapnia w moczu zależy od zawartości w nim kwaśnych fosforanów, a przedewszystkiem od soli magnezu, gdy te ostatnie są głównemi rozpuszczalnikami szczawianów wapnia. Skład moczu jest dla wapnia najkorzystniejszy wtedy, gdy zawiera obok większej ilości kwaśnych fosforanów względnie dużo magnezu i mało wapna. Stosunek ten jest najlepszy wtedy, gdy w 100 cm.^{3} moczu znajduje się trochę więcej, niż 20 mg. magnezu, i trochę mniej, niż 20 mg. wapnia. Strącalność wapna jest najmniejsza, gdy stosunek CaO : Mg = 1 : 0,8.

Pochodzenie kwasu szczawiowego podobnie, jak i kwasu moczowego, jest podwójne. Część jego, t. zw. zewnętrzny kwas szczawiowy, pochodzi z pokarmów głównie roślinnych, jednakże ślady kwasu szczawiowego znajdują się także w mięśniach, w wątrobie i w grasicy. Poniższa tabelka podaje zawartość kwasu szczawio-

wego w gramach na 1000 gr. składnika odżywczego:

TABL. 2.

kakao	4,5
herbata	3,7
czekolada	0,9
pieprz	3,2
szpinak	3,2
rabarbar	2,4
szczaw	3,6
figi	1,0

Inne artykuły spożywcze (jarzyny, owoce, mięso, wątroba, grasica) zawierają kwas szczawiowy w znacznie mniejszych ilościach, a czasami tylko w śladach, a niektóre jarzyny i owoce nie zawierają go zupełnie, np. ryż, ogórki, szparagi, winogrona, brzoskwinie, melony, jabłka, gruszki.

Widać z tego, że chorzy ze skazą szczawiową powinni przedewszystkiem unikać kakao, czekolady, herbaty mocnej, szczawiu, szpinaku, rabarbaru, fig.

Doświadczenia, wykonane na psach, które po 12 dniach głodowania wydzielały jeszcze kwas szczawiowy, dowiodły, że kwas ten powstaje także w ustroju jako wytwór własnej przemiany tkankowej. Jest to t. zw. wewnętrzny kwas szczawiowy. Wchłanianie pochodzącego z pokarmów kwasu szczawiowego jest tylko wtedy możliwe, gdy w żołądku znajduje się HCl. Kwas szczawiowy wchłania się w żołądku i w dwunastnicy, w częściach natomiast przewodu pokarmowego o zasadowej zawartości zamienia się na nierozpuszczalne szczawiany wapnia, które wydzielają się z kałem, albo są rozłożone w jelitach przez bakterje. Spożyty z pokarmami, jak też i wewnętrznie wytworzony kwas szczawiowy wydziela się w moczu. Dawniej sądzono, że kwas szczawiowy jest końcowym wytworem przemiany materji i że zostaje całkowicie usunięty. Jednakże nowsze doświadczenia tego nie potwierdziły. Wprowadzony do ustroju kwas szczawiowy zostaje tylko w części usunięty w moczu i w kale. Doświadczenia, wykonane z miazgą wątroby, dowiodły, że wątroba bardzo szybko niszczy dodany kwas szczawiowy, przekonano się także, że przetaczanie przez wątrobę płynu o wiadomej zawartości kwasu szczawiowego zmniejsza jego stężenie. W warunkach więc prawidłowych część kwasu szczawiowego zostaje zniszczona prawdopodobnie przez wątrobę, część wydalona na zewnątrz. W tych przypadkach, w których występuje powiększenie kwasu szczawiowego we krwi i jego większe wydzielanie w moczu, należy przypuszczać, że ustrój stracił zdolność usuwania kwasu szczawiowego. Ponieważ często stwierdza się u takich chorych i dolegliwości ze strony wątroby, nie jest wyłączone, że upośledzenie sprawności wątroby jest przyczyną stanu chorobowego. Potwierdzają to badania *Grotta,* który na 14 przypadków zmian stawowomięśniowych u chorych ze skazą szczawiową stwierdził u 12 osób niewątpliwe upośledzenie czynności wątroby.

Potwierdzenie skazy szczawiowej poza określeniem kwasu szczawiowego w moczu wymaga określenia ilościowego kwasu szczawiowego we krwi, które jest uciążliwe oraz wymaga większej ilości krwi. W praktyce życia codziennego i przy uwzględnieniu objawów klinicznych można jednak według zalecenia *Bluma* oprzeć rozpoznanie skazy szczawiowej na badaniu moczu, którego zasadowy odczyn z równoczesną obecnością w osadzie licznych kryształów szczawianów wapnia wystarcza dla rozpoznania skazy szczawiowej.

Leczenie skazy szczawiowej musi iść w kilku kierunkach. Przedewszystkiem, według zalecenia *Grotta,* tam, gdzie stwierdzono zaburzenia wątroby, musi ono polegać na leczeniu zasadniczej przyczyny wadliwej przemiany materji, związanej z wątrobą, a później należy dążyć przez ograniczenia dietetyczne do zmniejszenia wytwarzania zewnętrznego kwasu szczawiowego i do stworzenia jaknajlepszych warunków dla rozpuszczalności kwasu szczawiowego w moczu. Konieczne jest ograniczenie spożywania pokarmów, zawierających większe ilości szczawianów, gdyż nieraz spostrzegano, że po ich spożyciu i poziom kwasu szczawiowego we krwi się powiększa i dolegliwości chorobowe się zaostrzają. U osób z nadkwaśnością można zmniejszyć wchłanianie kwasu szczawiowego, zobojętniając ją przez picie wód alkalicznych w czasie jedzenia lub spożywania małych dawek sody lub magnezji. Równocześnie należy stwarzać warunki, ułatwiające wydzielanie kwasu szczawiowego z moczem. Stosunki te jak już zaznaczyłam,

są najlepsze wtedy, gdy mocz zawiera kwaśne fosfaty, względnie dużo magnezu i mało wapnia. Na pierwsze wpływa szczególnie korzystnie dieta mięsna, należy jednak uważać, by chorzy nie spożywali zbyt dużo ciał purynowych. Magnez podaje się jako magnezję paloną (magnesia usta) lub jako węglan magnezu (magnesia carbonica) w ilości 2 gr. dziennie najlepiej po jedzeniu. Równocześnie zmniejsza się dopływ wapna, ograniczając w diecie chorych ilość mleka i jaj. (mleko zawiera 1,51% wapnia, żółtko 0,38% wapnia). Świeże jarzyny należy również ograniczać wobec ich względnie dużej zawartości wapnia.

Zaburzenia przemiany szczawiowej niezawsze przebiegają samodzielnie. Spotyka się je czasem w połączeniu z dną i wtedy naturalnie, zwracając uwagę na przepisy dietetyczne, wskazane dla skazy szczawiowej, trzeba je łączyć i kombinować z zaleceniami dietetycznemi, wskazanemi w dnie. W jednem i drugiem cierpieniu ograniczenia dietetyczne poza uwzględnieniem ich strony jakościowej dotyczą i ilości pokarmów. Szczególnie w skazie szczawiowej ilościowe zmniejszenie pokarmów w połączeniu z zastosowaniem umiarkowanych ćwiczeń cielesnych przeciwdziała wytwarzaniu kwasu szczawiowego przez tkanki. Równoczesne podanie środków moczopędnych, wzmagając wydzielanie kwasu szczawiowego w moczu, przeciwdziała również jego gromadzeniu się we krwi i odkładaniu w tkankach. *Grott* zaleca według przepisu *Bluma* mieszaninę równocześnie moczopędną i doprowadzającą magnez do ustroju, której zastosowanie w opisanych przez niego przypadkach postaci stawowomięśniowych skazy szczawianowej dało dodatnie wyniki. Mieszanka I jest następująca:

Natrii citrici	40.0
Magnesii sulf.	
Urotropini	
Diuretini	ana 50.0
Lactosae	800.0

M. D. S. Łyżkę deserową na szklankę wody na czczo.

II.

Magnesii citrici	10.0
Ac. citrici	5.0
Ac. phosphorici	2.0
Sir. citrici	100.0
Aq. dest.	300.0

M. D. S. Łyżkę stołową przed każdem jedzeniem.

Alkaptonurja jest zaburzeniem przemiany białkowej, w którem w moczu pojawia się kwas homogentyzynowy. Kwas ten powstaje w ustroju ludzkim i przy prawidłowej odbudowie ciał białkowych, jego źródłem są aromatyczne kwasy aminowe, tyrozyna i fenylalanina. Jednakże w normalnym ustroju kwas homogentyzynowy jest tylko przejściowym wytworem odbydowy białka, w alkaptonurji natomiast jest utracona jakby zdolność dalszej odbudowy tego ciała, które wydziela się wtedy w moczu i odkłada się w chrząstkach. Podawanie białka, szczególnie zawierającego dużo tyrozyny, jak np. kazeiny, powiększa wydzielanie kwasu homogentyzynowego. Charakterystyczną cechą moczu w alkaptonurji jest wystąpienie ciemnobrunatnego zabarwienia po dłuższem staniu na powietrzu. Mocz ten zostawia na bieliźnie ciemniejsze brunatne plamy. Alkaptonurja ma charakter konstytucjonalny, występuje rodzinnie, głównie u mężczyzn. Charakterystyczną cechą tego cierpienia jest brunatne zabarwienie chrząstek, wywołane powolnem odkładaniem się w chrząstkach kwasu homogentyzynowego. Sczasem powstają w chrząstce sprawy wiodące do ubytków, do wtórnego bujania kostnego oraz do stanów zapalnych błony maziowej, aż w końcowych okresach cierpienia rozwija się obraz zapalenia stawów zniekształcającego.

Leczenie dietetyczne alkaptonurji polega na ograniczeniu spożywania białka jako zewnętrznego źródła kwasu homogentyzynowego. Białko w pokarmach powinno być ograniczone do minimum, t. zn. wynosić mniejwięcej 0.8 — 0.9 gr. na kilo wagi, reszta koniecznych jednostek cieplnych pokrywa się tłuszczem i węglowodanami. Wskazane jest również wypijanie przez chorych płynów większej ilości, aby jaknajwięcej pobudzać usuwanie ciał alkaptonowych.

Te same wskazówki dietetyczne, polegające na ograniczeniu spożycia białek i wzmożonem podawaniu płynów, należy zastosować i w sprawach stawowych, powstających na tle cystinurji, której przy-

czyną są również zaburzenia przemiany białkowej.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę, (*Pariot, Lagère, Nassauc*) że sprawy stawowe o charakterze ostrym, podostrym i przewlekłym mogą się rozwijać również na tle odżywiania nieodpowiedniego, najczęściej zbyt obfitującego w białka. Rozwijające się w tych warunkach zmiany stawów, bóle i wysięki podobne są do wysięków, powstających w przebiegu choroby posurowiczej, a także gdy w ustroju wchłaniają się większe ilości białka np. w okresie wsysania się większych krwawień, wysięków surowiczych, w czasie leczenia hemoterapją i t. d. Często wysięki te występujące dyskretnie, są lotne, niewielkie i znikają, nie pozostawiając zmian, choć czasami mogą przyjąć charakter przewlekły i trwać latami. Cechą charakterystyczną tych spraw stawowych jest to, że kojarzą się one często ze zmianami skóry (zaczerwienieniem, pokrzywką), a także migrenami, dychawicą, wreszcie z bardzo nieznacznemi objawami niewydolności wątroby. Podobieństwo charakteru tych wysięków do spraw stawowych w przebiegu cierpień alergicznych nasunęło myśl, że przyczyną ich jest również uczulenie ustroju, które występuje być może na tle jednostronnego, zbyt bogatego w pokarmy białkowe odżywiania, szczególnie u osób, cierpiących nawet na nieznaczne zaburzenia czynności wątroby. Ponieważ te sprawy stawowe zdają się być częstsze, niż dotychczas przypuszczano, potrzeba o nich myśleć w tych wszystkich przypadkach, w których zawodzi leczenie salicylowe, a przebieg i wyniki leczenia nie przemawiają ani za pochodzeniem gruźliczem, ani za kiłowem cierpienia. Wobec ujemnych wyników stosowanych metod leczniczych można się doszukiwać czynników uczulających przedewszystkiem w odżywianiu chorych. W tych przypadkach dodatni wynik leczenia osiągnięty przez usunięcie podejrzanych składników pokarmowych ma równocześnie znaczenie rozpoznawcze. Pozatem leczenie dietetyczne, ograniczające ilościowo pokarmy, oraz zmniejszające zawartość w pożywieniu białka, a także ostrożnie w odpowiednio dobranych przypadkach przeprowadzona dieta głodowa (dnie jarzynowe; owocowe) może dać bardzo zachęcające wyniki. Uczulająco mogą działać także i inne składniki, niż białkowe, i dlatego też w celu wyszukania ciał szkodliwych zalecano w ostatnich czasach wykonywanie prób skórnych, mających na celu stwierdzenie alergji w stosunku do różnych pokarmów, jednakże wynik tych prób nie jest pewny, gdyż jest on głównie wyrazem uczulenia miejscowego. W przypadkach alergicznych spraw stawowych leczenie dietetyczne wspiera się równoczesnem leczeniem odczulającem. Nie można także zapominać o tem, że ogniska zakażenia mogą wieść również do uczulenia ustroju przez wytwory białkowe, powstające w miejscach zakażenia z rozpadu tkanek a także w wyniku przemiany materji oraz rozpadu bakteryj.

Notatki praktyczne

DRGAWKI U NOWORODKÓW.

A. Leczenie przyczynowe.

I. UWAGI OGÓLNE:

1. *Najczęstszą przyczyną drgawek u noworodków są:* wybroczyny lub wylewy krwawe do mózgu wskutek urazowego działania mechanizmu porodowego, z towarzyszącym lub następczym odczynem w postaci przekrwienia i obrzęku mózgu, oraz niekiedy aseptycznego zapalenia opon (meningitis aseptica, *Waitz*). Wylewy wewnątrzczaszkowe występują zarówno przy porodach prawidłowych i lekkich, jak i nieprawidłowych i ciężkich. Mają usposabiać do wylewów: pierwszy poród, położenie pośladkowe, porody patologiczne, oraz później — brutalne zabiegi cucenia noworodka, szczególnie sposobem Schultze'go.

2. *Rzadziej przyczyną drgawek u noworodków być mogą:*

a) t. zw. gorączka aseptyczna noworodków, wskutek wysuszenia z braku należnych ilości pokarmu i wody.

b) wady rozwojowe mózgu,

c) wrodzone wodogłowie (lues?),

d) nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych,

e) wreszcie — tężec.

II. Należy wykonać nakłucie lędźwiowe, które posiada nietylko znaczenie rozpoznawcze lecz i lecznicze. Przy nakłuciu lędźwiowem u noworodków zdrowych często nie otrzymuje się wcale płynu mózgowo-rdzeniowego lub parę kropel (punctio sicca). Otrzymanie większej ilości płynu, — bądź wodojasnego, bądź żółtawego (ksantochromicznego), bądź podbarwionego krwią, — wskazuje na wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, i przemawia za obecnością wylewów krwawych (o ile niema wodogłowia wrodzonego).

1. *Technika nakłucia lędźwiowego u noworodków.* — Wykonywa się w zwykłej pozycji i według ogólnych zasad. Należy posługiwać się cienką i krótką igłą, wkłuwaną powoli i na niewielką głębokość. Przy użyciu grubej igły i głębszem wkłuciu — otrzymamy krew wskutek uszkodzenia żył splotu naczyniowego przedniej ściany kanału kręgowego.

2. *Drgawkom przy wylewach do mózgu mogą towarzyszyć inne objawy:* bladość, sinica, zaburzenia rytmu oddechowego, bezdech, niemożność łykania, oczopląs, gorączka, uwypuklenie ciemiączka. Drgawki mogą być uogólnione, lub ograniczone, np. wyłącznie do mięśni twarzy. *Żaden z objawów nie wskazuje na umiejscowienie lub rozległość wylewów. Wylewy mogą nawet przebiegać zupełnie bezobjawowo.* Biorąc pod uwagę, że wylewy krwawe do mózgu u noworodków zdarzają się znacznie częściej, niż się o tem ogólnie sądzi — śmiertelność z tej przyczyny nie jest wysoka.

B. Leczenie objawowe.

I. POSTĘPOWANIE OGÓLNE.

1. *Zabezpieczyć dziecku zupełny spokój.*

2. *Podawać pokarm, względnie osłodzoną wodę,* w ilościach aby ogólna dawka płynów na dobę odpowiada *rzeczywistym potrzebom,* t. j. 125 — 150 grm. na kilo wagi dziecka. *Cave: wtórne objawy wysuszenia* — gorączka, niepokój, ew. nasilenie drgawek. Przy niemożności ssania, względnie trudnościach połykania, — podawać płyny łyżeczką, ew. nawet za pomocą kroplomierza, w bardzo krótkich odstępach czasu (co 5 — 10 — 15 minut), — w ciągu całej doby.

3. *Przy istniejących objawach wysuszenia* (skóra!) z wysoką gorączką, wprowadzać prócz powyższego płyny do odbytnicy, najlepiej w postaci izotonicznego (4,7 : 100,0) rozczynu cukru gronowego.

4. *Technika wprowadzania płynów do odbytnicy.* — Podawanie na raz większych ilości, oraz za pomocą zwykłej gruszki gumowej, — mija się z celem. Wprowadzać należy płyn podegrzany do ciepłoty ciała, w ilości 10 — 20 grm., powoli, posługując się cienkim gumowym kateterem, którego jeden koniec zostaje wprowadzony do odbytnicy, — drugi zaś szczelnie połączony z nasadą zwykłej strzykawki do surowic. Powtórzyć kilkakrotnie w ciągu doby.

II. LECZENIE ZEWNĘTRZNE.

1. *Kąpiele* — Letnie (35° — 36°) lub ciepłe (37° — 38°). Pierwsze w przypadkach hypertermji, drugie przy obniżonej ciepłocie ciała, sinicy. Czas 2—3 minuty. Nawet kilkakrotnie w ciągu doby.

2. *Wilgotny okład na czoło.*

3. *Utrzymywanie odpowiedniej ciepłoty ciała* za pomocą termoforów, owijania w watę; odpowiednie ogrzanie oraz wentylacja pokoju. Cave: zaburzenia równowagi cieplnej — przegrzanie! zapaść!

4. *Podawanie tlenu (sinica).*

III. LECZENIE FARMACEUTYCZNE.

1. *Chlorat hydrat.*, — przeważnie w lawatywce, aczkolwiek może być podany również w czopkach i doustnie. Kryształki chloralu należy rozpuścić w 10 cm.³ ciepłego mleka. Technika lawatywki, — jak wyżej. Dawka — 0,25 pro dosi (0,5 pro die). Lub przepisujemy:

Rp. Chlorali hydrati 0,5,
Aq. destill. 30,0,
Mucilago Salep. 10,0,
MDS. Połowę zawartości do lawatywy.

Rp. Gelatinae albae 6,0,
Tragacanth 1,0,
Misce leni calore c. aq. dest. pauxilio, adde,
Chloral hydrati 1,0,
Effunde; f. lege artis suppos. N. IV. Da ad. vitr. amplum bene clausum.
S. 1 — 2 + na dobę wprowadzić czopek do odbytnicy.

Przeciwwskazania do stosowania chloralu: wybitna sinica, nitkowate tętno, oddech Cheyne-Stokes'a, hypotermia. Przy zatruciu chloralem: podskórnie — lobelina (0,001) i coramina 0,5 cm.³.

2. *Sole bromu.*
Per os:

Rp. Calcii bromati 2,0—3,0,
Aq. destill. 20,0,
Sir. simpl. ad 10,0,
MDS. Łyżeczkę od herbaty co 3 godziny.

Rp. Natri bromati 3,0,
(Chlorali hydrati 0,5),
Aq. destill.
Mucilago Salep. aa 50,0,
MDS. Łyżeczkę od herbaty 4—5 × na dobę.

3. *Urethan* (0,5 pro dosi, per os lub per rectum) 2—3 razy na dobę. Łatwo rozpuszczalny w wodzie, pozbawiony przykrego smaku, względnie nie trujący. Nadaje się dla lekkich przypadków; przy ciężkich działanie zawodne.

4. *Gardenal lub luminal:* per os, pro dosi — 0,005 — 0,01. Gardenal-Natr lub luminal-natr. w rozczynie — per rectum, ew. podskórnie, w dawkach powyższych.

4. i 5. *Przy towarzyszących zaburzeniach oddechowych*, cechujących się wybitną bladością lub sinicą, płytkim przerywanym oddechem, stosuje się:

a) Podawanie tlenu.

b) Podskórnie — lobelina w dawce 0,001 (jeden miligram), oraz coramina (analogiczne — corpyrin, stiminol), w dawce ¼ — ½ cm.³. Ze względu na krótkotrwały okres działania można powtarzać.

6. *Czego nie należy robić.* — Forsownych zabiegów oddychania sztucznego, szczególnie sposobem Schultze'go, oraz cucenia noworodków za pomocą klepania w pośladki, zwieszania głową na dół i t. p. barbarzyńskich zabiegów.

Jerzy Wiszniewski.

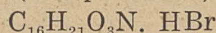
Z KAZUISTYKI.

Ostrożnie z homatropiną.

podał

Dr. WŁODZ. TALKO.

Objęty lekospisem Ogólnopaństwowego związku kas chorych w Polsce *bromowodorek homatropiny — homatropinum hydrobromicum* (Nr. porz. 356)



$C_{16}H_{21}O_3N$. HBr

jest białym, krystalicznym bez woni, łatwo rozpuszczalnym w wodzie proszkiem.

W przychodniach kas chorych jak i w swoim prywatnym gabinecie lekarskim stosowałem bromowodorek homatropiny w rozczynach 1% i 2% *largissima manu* jako środek łagodny i słaby i stwierdzić muszę, iż w ciągu całego szeregu lat nie spostrzegałem żadnych ujemnych objawów przy stosowaniu tego *par excellence* — zdawałoby się — niewinnego mydriaticum. Bromowodorek homatropiny nie wydostaje się z rośliny należącej do rodziny psiankowałych *bezpośrednio,* ale otrzymuje się na drodze syntetycznej, szczegółów jako zbędnych — nie wymieniam. I on jednak — jak się okazuje — może po jednorazowem zapuszczeniu 2—3 kropli do oczu wywołać objawy długotrwałego szału z halucynacjami wzroku i słuchu i pełną bezsennością.

O powyższym epizodzie — jako bardzo rzadko notowanym ku przestrodze innych kolegów — do wiadomości podaję.

Wiadomem jest już dawno, że niektórzy pacjenci po wpuszczeniu nawet 1 kropli 1% atropiny reagują obrzękiem, różowawem zaczerwienieniem powiek, często i odpowiedniej połowy twarzy. Najczęściej jednak spostrzegane objawy zatrucia atropiną — to utrudnione połykanie, suchość i drapanie w gardle, mdłości, osłabienie, no i ogólne podniecenie. I dlatego powagi lekarskie oddawna już zalecali wkrapiać u dzieci i młodzieży z upośledzonym wzrokiem — przy dopasowywaniu szkieł rozczyny — 1% i 2% homatropiny jako środka słabego i rozszerzającego źrenice na 24 godzin tylko.

Np. już przed 20 laty prof. *Theodor Axenfeld* w swojej *Lehrbuch der Augenheilkunde* powiada: will man zu diagnostischen Zwecken kräfitg erweitern und gleichzeitig auch den Sphinkter iridis und die Akkomodation lähmen — W a s b e s o n d e r s z u r R e f r a k t i o n b e s t i m m u n g b e i j u g e n d l i c h e n P e r s o n e n e r f o r d e r l i c h i s t — s o g i b t m a n a m b e s t e n:

Sol. homatr. sulph. oder hydrobrom. 1%.

Jurek Karczmarczyk, lat 12, z Ciechanowa mazowieckiego, uczeń szkoły powsz., przyszedł we czwartek 26 r. b. z matką, p. Anną Karczmarczykową, akuszerką miejscową, do mojego gabinetu lekarskiego nad wieczorem celem dopasowania szkieł, ponieważ litery mu w książkach skaczą i źle widzi. Zapuściłem homatropinę 2% do obudwu oczu. Ponieważ p. Karczmarczykowa mogła pomoc lekarską — jako akuszerka — uzyskać przez kasę, zaproponowałem przyjść z kartką nazajutrz. Zaraz po wyjściu z gabinetu Jurek poskarżył się mamusi, że mu słabo, dostał zawrotów i prosił o dużo herbaty.

Od czwartku do piątku wieczorem — a więc przez 24 godziny trzymał go atak szału, rwał wszystko, co się dało, pisał rękami na łóżku, nikogo nie poznawał, z kimś rozmawiał, nie rozumiał, gdzie się znajduje.

Doktorzy miejscowi Łabędź i Tow zaproszeni przez strwożoną matkę i otoczenie do rozszalałego dziecka — powiadomieni o wizycie chłopca u mnie i że do oczu wpuszczoną została homatropina zastosowali antidotum pod postacią kropli pilokarpiny (Sol. pilocarpini hydrochlorici 0,01 — 10,0. DS. 5 — 6 kropli co ½ godziny) i dwukrotnego wstrzykiwania 1% pilokarpiny. Chłopak zasnął dopiero po upływie 24 godzin — o 6 godz. wieczorem w piątek i spał 12 godzin bez przerwy. Po przebudzeniu się oprzytomniał zupełnie, tylko że nic prawie nie pamiętał, co zaszło.

Ponieważ epizod powyższy zdarzył się w małem miasteczku prowincjonalnem, więc oczywiście — dzięki języczkom damskim — nabrał szybko rozgłosu i wywołał złośliwe komentarze. Obecnie w przychodniach kasowych i u siebie w gabiniecie lekarskim — przy badaniu refrakcji u osób młodych używać będę nie euftalminy 5%, bo jest zbyt droga, lecz *Sol. coc. mur. 2%* — 4%, która po upływie ¼ — ½ godziny przez podrażnienie włókien dilatatora tęczówki nieznacznie rozszerza źrenicę w dostatecznym jednak stopniu, ażeby dokładnie rozejrzeć się we wnętrzu oka.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Przewlekłe zapalenia okrężnicy nieznanego pochodzenia i ich leczenie stovarsolem. (Colites chroniques cryptogénetiques et leur traitement par le stovarsol). A. C a d e et M. M. M i l h o u d.

Le Journal de Médecine de Lyon. N. 327. 1933.

Badania lat ostatnich wykazały, że pięciowartościowe połączenie arszeniku, zwane stowarsolem, jest energicznym środkiem leczniczym, szczególnie w przebiegu cierpień, wywołanych zakażeniem pierwotniakami. Stowarsol stosowano z powodzeniem w przebiegu lambliozy, krwawej biegunki na tle zakażenia amebami, a nawet jako środek przeciw pasorzytom przewodu pokarmowego. Zaburzenia jelitowe w przebiegu gruźlicy oddziaływują również dodatnio na stowarsol, jednakże działanie to utrzymuje się tylko tak długo, jak długo się podaje ten środek. Natomiast w przebiegu biegunek niejasnego pochodzenia otrzymano przy podawaniu stowarsolu wyleczenie zupełne i stałe. Stowarsol podaje się w dawkach od 0.25 — 0.55 ctgr. dziennie. Autorzy podają opis dwóch chorych, z których jedna cierpiała na zapalenie okrężnicy niejasnego pochodzenia od 18 miesięcy, druga od dwóch lat; w jednym i w drugim przypadku stolce były krwawe. Stowarsol podawano w dawce po 0.50 centgr. dziennie, w dwóch 10-dniowych okresach z 6-dniową przerwą. Pierwsza chora poprawiła się bardzo szybko i wróciła do pracy, zjawiające się od czasu do czasu rozwolnienia zostają bardzo szybko opanowane przez stowarsol. W drugim przypadku w którym zakażenie okrężnicy było starsze i powstało prawdopodobnie na tlę zakażenia amebami, po 8 dniowem stosowaniu stowarsolu w poprzedni sposób, po którym nastąpiła poprawa, zaczęto wstrzykiwać emetynę w dawce 0.04 dziennie; leczenie to przedłużyło dodatnie działanie stowarsolu. Ze spostrzeżeń tych wynika, że stowarsol należy stosować w przebiegu uporczywych zapaleń okrężnicy, połączonych z rozwolnieniami niezależnie od wyniku badań kału. Autorzy zalecają słabe dawki nie przekraczające 0.50 ctgr. dziennie, które się podaje około 10 dni. Czasami w czasie leczenia występują powikłania w postaci wysypek skórnych, podwyższenia ciepłoty do 38°, jednakże przy dawkach małych i średnich powikłania te są nieznaczne i szybko znikają. Nie zaleca się ani przekroczenia dawki, ani przedłużenia czasu leczenia, którego korzystne wyniki występują dość szybko. Działanie stowarsolu polega prawdopodobnie na zahamowaniu procesów fermentacyjnych w przewodzie pokarmowym.

Bóle chorych z wrzodem żołądka. (La douleur chez les ulcéreux). G a r i n et B e r n y.

Le Journal de Médecine de Lyon. N. 327. 1933.

Cechą charakterystyczną bólów, powstających na tle wrzodu żołądka jest ich późne występowanie i ich okresowość. Bóle te występują najczęściej w 2 — 3 godziny po jedzeniu, nigdy przed upływem pół lub po przejściu 5 godzin od chwili przyjęcia pokarmu, uspakajają się one po spożyciu pokarmów lub przyjęciu ciał zasadowych, a także po wymiotach. Trwanie bólów jest różne, czasami trwają one koło pół godziny, w innych przypadkach są znacznie dłuższe, do dwóch godzin, w jednych przypadkach są one nieprzerwane, w innych występują w postaci drobnych, przerywanych ataczków. Promieniowanie występuje najczęściej w kierunku pleców, czasami jednak mają bóle charakter opasujący, lub też rozchodzą się w kierunku mostka. Znaczenie rozpoznawcze posiadać ma ból, występujący przy ucisku nerwu przeponowego między dwoma przyczepami mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego. Właściwością bólów wrzodowych jest ich okresowe występowanie; zjawiają się one codziennie przez pewien okres czasu, trwający dwa, trzy tygodnie, a czasami znacznie dłużej, później bóle znikają i chory zdaje się być całkowicie wyleczonym. Okresy bólowe są różne u różnych chorych, najczęściej występują one na wiosnę i w jesieni, czasami są częste, u innych znowu chorych znikają na całe lata. Naogół przerwy są dłuższe od okresów bólowych, zdają się one być zupełnie niezależne od diety, bóle występują czasami pomimo diety bardzo surowej, zaś w czasie przerwy nawet wielkie błędy dietetyczne nie wywołują bólu, który zjawia się natomiast z powodu przemęczenia fizycznego czy moralnego. Okresy bólowe przy wrzodzie dwunastniczym są naogół krótkie, trwają 2 — 3 tygodnie, występują dwa razy rocznie, na wiosnę i na jesieni. Bólom, spowodowanym wrzodem oddźwiernika towarzyszą często wymioty, po których ból się uspakaja. Wrzody krzywizny małej wywołują najczęściej bóle, promieniujące do kręgosłupa, jednakże te cechy nie zawsze są stałe.

Z chwilą wytworzenia przewężenia okresy bólowe zbliżają się do siebie bóle są dłuższe i ustępują dopiero po wymiotach. Jeżeli sprawa przechodzi na otrzewną bóle wogóle nie opuszczają chorych, towarzysząc im równie dobrze w dzień jak i w nocy, przed jedzeniem, po jedzeniu i w czasie jedzenia. Dokładne zebranie wywiadów ułatwia nietylko postawienie rozpoznania, ale pozwala również do pewnego stopnia śledzić i za ewolucją cierpienia, nie można jednak zapominać przy tem, że bóle wrzodowe zależne są także od wpływów ubocznych między innemi od zmian odżywiania chorych i od wpływów nerwowych. Bywają przypadki w których niezwykłe promienio-

wanie bólów utrudnia rozpoznanie. Nietylko, że bóle te promieniują nieraz bądź do podżebrza prawego, bądź do podżebrza lewego ale czasami rozprzestrzeniają się w górę w kierunku klatki piersiowej i lewego ramienia. Chorzy tacy bywają nieraz leczeni z powodu dusznicy bolesnej. Ostatni rodzaj bólu łączy się czasami z aerofagią, ale nieraz występuje i bez niej i wtedy rozpoznanie jest bardzo trudne, szczególnie jeżeli niema objawów żołądkowych. Wreszcie dość często bóle występują bardzo nizko w dole biodrowym prawym zwracając uwagę na swe pochodzenie żołądkowe tylko swą okresowością i zjawianiem się po spożyciu pokarmów. Często z wrzodem łączy się zaparcie stolca i wtedy naogół bóle są większe.

W rzadszych wreszcie przypadkach występują w przebiegu wrzodu żołądka bardzo silne bóle o charakterze napadowym, połączone z zaburzeniami czynności żołądka, trwające kilka lub kilkanaście godzin. Napady bólowe bywają nieraz przyczyną błędów rozpoznawczych, robiąc wrażenie kolki żółciowej, etc. Wreszcie bóle wrzodowe bywają nieraz pokryte dolegliwościami innego rodzaju, np. wywołanemi połykaniem powietrza lub też opadnięciem trzewiów. Wobec częstości wrzodu żołądka powinno się jednak mieć na myśli to cierpienie przy wszystkich innych dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego.

Leczenie choroby reumatycznej. (Thérapeutique de la maladie rhumatismale). Weissenbach et Francon.

Journal Médical Français. T. XXII.

Choroba reumatyczna albo choroba Bouillaud jest jednem z nielicznych cierpień przeciwko któremu zastosować można środek praktycznie specyficzny — salicylan sodu. Dotychczas w praktyce jednak nie ustalono w jaki sposób ten środek stosować. Czynnikiem działającym salicylanu sodu jest kwas salicylowy, oswabadzający się w ustroju, jest to najsilniejszy dotychczas znany środek przeciwreumatyczny. *Lutembacher* zaleca ostatnio tak do stosowania doustnego, jak i śródżylnego 5% rozczyn salicylanu sodu, potasu i wapnia, który ma być szczególnie dobrze tolerowany. Z obawy przed ciężkiemi nieraz powikłaniami, które pociąga za sobą stosowanie większych, jedynie czynnych, dawek salicylanu sodu, dawkowanie jego bywa nieraz niewystarczające. Wystarczy jednak, aby uniknąć powikłań, podawać salicylan sodu w połączeniu z dwuwęglanem sodu w podwójnej dawce w stosunku do salicylanu. Warunkiem dobrej tolerancji jest ponadto podawanie salicylanu we względnie dużych ilościach płynu, oraz rozdzielanie dziennej dawki tak, by naraz nie podawano zbyt wielkich ilości środka. Salicylan sodu wydziela się bardzo szybko w moczu, dołączenie dużych dawek dwuwęglanu sodu powiększa jeszcze bardziej to wydzielanie i jeżeli nie rozdziela się równomiernie dawek na całą dobę, chorzy nie pozostają stale pod wpływem salicylanu, co zmniejsza jego działanie lecznicze. Dawki dzienne salicylanu w przypadkach lżejszych wahają się między 16 — 18 gr., dochodząc w przypadkach cięższych do 25 — 30 gr. na dobę. Dawkę dzienną rozcieńcza się w pół litrze wody, biorąc co dwie godzin w dzień i co 3 godziny w nocy po 50 cm³. do których dodaje się tąż samą ilość wody Vichy albo soku owocowego, po zażyciu środka wypija się filiżankę mleka lub słodkiej herbaty. Salicylan sodu stosuje się nietylko do chwili zniknięcia objawów ostrych, ale leczenie przedłuża się i po tym okresie; t. zw. odporność na salicyl tłomaczy się naogół podawaniem zbyt małych dawek, niedość energiczne leczenie jest także przyczyną powikłań ze strony narządów wewnętrznych. Niektórzy autorzy twierdzili, że kobiety gorzej znoszą salicylan sodu , uważano także, że może on wywołać poronienie. Autorzy uważają, że ciąża nie jest przeciwskazaniem do stosowania salicylu, zalecają jednak pewną ostrożność u ciężarnych. Ponieważ u dzieci gościec ostry przebiega naogół ciężko, stosuje się w wieku dziecięcym dawki stosunkowo jeszcze większe, niż u dorosłych, tak, *Danielopolu* podaje dzieciom od 8 — 12 lat, 10 — 15 gr. salicylu dziennie. W przypadkach lżejszych i średnich zaczyna on podawać 8 gr. dziennie, które stopniowo się zwiększa o 1 — 2 gr. dochodząc do 15 — 18 gr. dziennie, dawkę tę utrzymuje się do zniknięcia gorączki i objawów stawowych, poczem stopniowo zmniejsza się ją o 1 — 2 gr. dziennie, podwyższając ją na nowo w razie zaostrzenia się objawów chorobowych. Przy tem postępowaniu czas leczenia trwa około 45 dni. Autorzy działają w sposób nieco odmienny. Stosują oni u młodzieży i u dorosłych nie obarczonych żadnemi zmianami w początku samym cierpienia dawki duże, 18 — 22 gr. dziennie, które podają około 3 — 5 dni, powiększając je jeszcze o 2 gr. jeżeli się objawy zaostrzają. Naogół po dwóch, trzech dniach następuje poprawa, po której utrzymuje się pełną dawkę jeszcze dwa, trzy dni, poczem się zmniejsza ją stopniowo o 2 gr. co 3 — 4 dni, wracając do dawki pierwotnej w razie potrzeby. Po zmniejszeniu dawki do 6 gr. dziennie utrzymuje się ją aż do zniknięcia tarcia osierdziowego, co jest oznaką wyleczenia. Ten sposób leczenia trwa około 1 — 2 miesięcy. W przypadkach ciężkich z wysoką ciepłotą do 39′ — 40′ z objawami ze strony narządów wewnętrznych należy działać energicznie, podając 25 gr. dziennie, a nawet podnosząc dawkę dzienną, jeżeli objawy nie znikają. Te wysokie dawki utrzymują się aż do zmniejszenia ciepłoty i objawów ze strony narządów, dopiero wtedy postępuje się jak w grupie poprzedniej. Trudno ustalić, kiedy należy przerwać leczenie salicylowe. Według *Pilod* u 95% chorych stwierdza się jako wyraz zajęcia osierdzia tarcie u podstawy serca, w drugim międzyżebrzu na lewo od mostka. Salicyl powinno się podawać aż do zniknięcia tarcia co jest znakiem wyleczenia, jeżeli tarcia wogóle nie było, spadek ciepłoty ma podobne znaczenie; jednakże i wtedy jeszcze nie można całkowicie przerwać leczenia. Autorzy podają jeszcze 45 dni po ostatecznym spadku ciepłoty po 6 gr. salicylu dziennie. Wszelkie opóźnienie z rozpoczęciem leczenia może być przyczyną wystąpienia zmian w narządach wewnętrznych, podawanie zaś wczesne salicylu aż do chwili ustalenia rozpoznania nie zaszkodzi i w innych formach gośćca. Chorzy muszą pozostawać w łóżku, chore stawy powinny spoczywać na poduszkach, ciężar przykrycia należy znieść przez podłożenie pod kołdrę wałków albo podpórek. Odżywianie chorych powinno być tak ułożone by zwalczało grożące zakwaszenie; w ciągu pierwszych dwóch dni daje się do 2 litrów czystego o-

chłodzonego mleka dziennie, później zupy jarzynowe, kaszki, jarzyny dobrze rozgotowane, owoce świeże i gotowane, konfitury, marmolady, ciasta etc. Mięso, jaja, ryby wchodzą dopiero wtedy do diety gdy dawka salicylu zmniejszy się do 6 gr. dziennie. W razie zaparcia reguluje się wypróżnienia raczej przez stosowanie środków, działających mechanicznie (lawatywy, parafina, etc.). Szczególną uwagę należy poświęcić higjenie skóry, obmywa się ją wodą z mydłem, wyciera się 55 — 60% wyskokiem, co ułatwia wsysanie środków salicylowych podawanych w maściach. Stosowanie doskórne preparatów salicylowych jest zbędne, jeżeli salicylan sodu jest podawany w wystarczających ilościach. Dla znieczulenia miejscowego używają autorzy środków nie zawierających salicylu. Ponieważ w przebiegu ostrego gośćca występuje czasami zapalenie nerek, ustępujące pod działaniem salicylanu, ale mogące się również zjawić i w następstwie leczenia salicylowego, należy śledzić uważnie za składem moczu, badając w razie uszkodzenia nerek wrażliwość chorych na zwiększające dawki salicylanu i nie przekraczając oznaczonego w ten sposób progu. Zaburzenia, występujące w ciągu leczenia salicylanem są naogół lekkie, często zjawia się szum w uszach, czasami nudności, wymioty, rzadziej skurcze żołądka lub rozwolnienia. Cięższe objawy zatrucia, zaburzenia wzroku, słuchu, kurcze mięśniowe, zaburzenia świadomości ze zmniejszeniem ilości wydzielanego moczu i zmniejszeniem bólów stawowych oraz dusznością, poprzedzającą zmiany rytmu serca, występują naogół w przypadkach w których przeoczono cięższe zmiany nerkowe, albo przy błędnem stosowaniu salicylu. Autorzy zwalczają pogląd, według którego salicylan sodu ma działać szkodliwie na mięsień sercowy, raczej należy się obawiać szkodliwego działanie zakażenia gośćcowego przy niedostatecznem stosowaniu salicylu. W razie powikłań sercowych stosuje się najwyższe dawki salicylu, jednakże nie odrazu, ale podwyższając je stopniowo. Na serce kładzie się worek z lodem, w razie wystąpienia niemiarowości tętna przez skurcze dodatkowe przerywa się leczenie salicylowe. Postępowanie pozatem jest podobne jak w poprzednim stanie, jednakże chorzy pozostają dłużej, około 4 miesięcy, w łóżku. Dopiero od setnego dnia po rozpoczęciu choroby pozwala się chorym w dziesięciodniowych okresach siadać naprzód na godzinę w łóżku, później na dwie godziny, później wstawać na pół godziny, na godzinę, etc. kontrolując odczyn chorych na wysiłek fizyczny. W razie zaostrzenia objawów z podwyższeniami ciepłoty u chorych, którzy dawniej przebyli gościec stosuje się odrazu większe dawki salicylu, 25 — 30 gr. dziennie, dołączając do nich ew. środki wzmagające działanie salicylu. W przypadkach ciężkich, a także i wtedy gdy występują objawy nietolerancji ze strony przewodu pokarmowego, zalecają autorzy przerywane podawanie salicylu, który się daje w dużych dawkach 14 — 16 gr. dziennie, ale z 3 — 4 dniowemi przerwami.

Śródżylne stosowanie salicylanu sodu wskazane jest w przypadkach bardzo ciężkich, bolesnych zmian stawowych, a także i wtedy, gdy się podejrzewa zajęcie osierdzia. Działanie salicylu podanego w ten sposób ma być znacznie silniejsze od podanego doustnie, jego wydzielanie jest jakoby wolniejsze. Wstrzykuje się śródżylnie 2 — 4 gr. dziennie w 5 — 10% rozczynie w 3% lub 10% glukozie. Równocześnie zmniejsza się, ale nie przerywa całkowicie dawki salicylu podawanego doustnie. W przypadkach nietolerancji żołądkowej, albo jeżeli nie można robić wstrzyknięć śródżylnych, gdy żyły są mało widoczne daje się salicylan w kroplówkach albo w czopkach przyczem na 1 czopek przypada 1 gr. salicylu i 3 gr. masła kakaowego. Kroplówki salicylowe stosuje się w rozczynach glukozy 47 na 1000.

W okresie zdrowienia, który według autorów rozciąga się na sześć miesięcy od przejścia objawów chorobowych, podaje się salicylan sodu w przypadkach ciężkich po 5 — 6 gr. dziennie w ciągu 4 następujących po sobie dni każdego tygodnia, w przypadkach lżejszych daje się w ten sposób 2 — 3 gr. dziennie. Później dają autorzy w ciągu 10 dni w każdym miesiącu po 2 — 3 gr. salicylu dziennie. Leczenie takie powinno trwać około roku, u dzieci, u młodzieży i u osób młodych należy je rozciągać na kilka lat.

Do salicylanu sodowego dodaje się wyciągi tarczycy w przypadkach, w których sprawa stawowa ma skłonność do przejścia w stan przewlekły. Działanie tarczycy, którą podaje się w małych dawkach, ma z jednej strony wzmacniać działanie salicylanu, a równocześnie zastępować czynność ochronną tarczycy, zmniejszoną przez zakażenie gośćcowe. Zalecano również podawanie wyciągów gruczołów przytarczycznych, regulujących przemianę wapnia. Jod bywa wskazany przez wzgląd na jego działanie pobudzające na czynność tarczycy. W leczeniu wstrząsowem zalecano najprzeróżniejsze środki, w pierwszej linji srebro i złoto koloidalne, caseinę, pepton, mleko, siarkę koloidalną, która ma dawać szczególnie dobre wyniki w połączeniu z salicylanem sodu. W przypadkach zupełnej nietolerancji w stosunku do salicylanu sodu daje się czasami środki inne, których działanie jest jednak głównie objawowe, znacznie słabsze od salicylanu sodu gdyż pozostaje bez wpływu na przyczynę choroby. Do tych środków należy aspiryna, antipyryna, pyramidon etc.

Po okresie zaostrzenia powinni chorzy przebywać w klimacie suchym i ciepłym, chronionym od wiatrów, nie wykazujących nagłych zmian atmosferycznych. Pobyt w górach lub na wybrzeżach morskich nie jest wskazany. Mieszkanie powinno być suche, dobrze ogrzane i oświetlone. Szczególną uwagę należy zwrócić na ćwiczenia cielesne, osoby ze zmianami sercowemi powinny się zaprawiać do ruchu powoli i pod kontrolą lekarską. Uprawianie sportów musi być ograniczone, biegi, skoki, szermierka, boks i wiosłowanie nie mogą być dozwolone, natomiast można pozwolić na marsze i kolarstwo, ale w terenie płaskim. Należy również zwrócić uwągę na to, że pewne zawody nie są wskazane, przez wzgląd na warunki ułatwiające występowanie nawrotów, należą tu przedewszystkiem zawody marynarza, wojskowe, listonoszów, robotników transportowych, etc. Jeżeli choroba występuje rodzinnie, trzeba wcześnie, nawet przy wystąpieniu już nieznacznych dolegliwości, np. bólów mięśniowych stosować leczenie salicylowe.

W krajach nawiedzionych gośćcem rozwinęła się już szeroko opieka społeczna, obowiązek meldowania cierpienia wprowadzony jest w Danji, w Islandji, w Norwegji, w tychże krajach wprowa-

dzono specjalnie badania przez lekarzy szkolnych, w pewnych ośrodkach przemysłowych i kopalniach urządzono specjalnie kąpiele i suszarnie ubrań, wreszcie w Anglji, w Danji i Szwecji zorganizowano specjalne oddziały szpitalne i ośrodki rekonwalescentów. W ośrodkach tych rekonwalescenci po wyjściu ze szpitala przebywać mogą przez kilka miesięcy, wdrażając się powoli i metodycznie w szczególnie korzystnych warunkach życia i mieszkania do zwykłych prac, pozostając przy tem stale pod kontrolą lekarską. W jednym z takich ośrodków, istniejących pod Londynem, przeznaczonym dla młodzieży organizacja przewiduje konieczność dalszej nauki młodzieży, która odbywa się również pod kontrolą lekarską. Młodzież po wyjściu z ośrodków poddana jest okresowym badaniom lekarskim.

Autorzy kończą swój artykuł omówieniem wskazań do leczenia mineralnego cierpień reumatycznych.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Zespoły nieprzyswajania pokarmowego u dzieci. (— Les syndromes d'inassimilation chez l'enfant). I. Mouriquand.

Le Journal de Méd. de Lyon. Septembre 1933.

Wiek dziecka jest najlepszym okresem dla badania zaburzeń pokarmowych, zarówno ogólnych, jak i specjalnych dotyczących niektórych składników pokarmowych.

Zjawiska przyswajania są zasadniczo zjawiskami „komórkowemi". Są one poprzedzone przez całą skalę spraw trawiennych, które następnie warunkują przyswajanie. Klinicznie jednak trudno bywa odróżnić objawy zależne od zaburzeń trawiennych i zaburzeń w przyswajaniu. Autor, ze stanowiska klinicznego nazywa zespołami nieprzyswajania obie te sprawy łącznie. Należy odróżniać:

1. Zespoły nieprzyswajania ogólne.
2. Zespoły nieprzyswajania specjalne.

Do ogólnych zespołów nieprzyswajania należy zaliczyć te, które zasadniczo cechują się nieprzybieraniem wagi, łącznie często z zahamowaniem wzrostu.

Zespoły nieprzyswajania u dzieci powyżej 2-ch lat.

Wątłość i zahamowanie wagi mogą być zależne od różnych przyczyn. Z chwilą gdy badanie wyklucza cierpienie organiczne ostre lub przewlekłe, natury zakaźnej lub ustrojowej (cukrzyca, zatrucia i t. p.), — sprawa ogranicza się w większości przypadków do poszukiwań:

1. Czynnika pokarmowego (sposobu żywienia).
2. Czynnika trawiennego.
3. Czynnika przyswajania.

Czynnik pokarmowy: — czasami brak łaknienia (którego przyczyną mogą być zaburzenia w przyswajaniu) prowadzi do niedożywiania. które wyjaśnia zahamowanie przyrostu wagi dziecka.

Czynnik trawienny: — innym razem dziecko otrzymuje pokarm w ilości odpowiedniej i jakościowo zrównoważony, — lecz zaburzeniem ulega proces trawienia (wymioty, biegunka). Powstające zmniejszenie wchłaniania jelitowego wyjaśnia zahamowanie rozwoju.

Czynnik nieprzyswajania: — wreszcie w niektórych przypadkach nie wchodzi w grę ani czynnik pokarmowy, ani trawienny. Wtedy dla wytłumaczenia „wątłości" dziecka należy rozważyć czynnik nieprzyswajania.

Wśród dzieci o zmniejszonem przyswajaniu, autor wyróżnia dzieci wykazujące niedomogę wątroby.

W niektórych przypadkach najbardziej drobiazgowe badanie nie stwierdza, ani głodzenia, ani zaburzeń trawiennych, ani żadnego cierpienia, które może wyjaśnić zahamowanie lub ubytki wagowe. Lecz w wielu innych przypadkach stwierdza się drobne objawy wątrobowe: złą tolerancję niektórych pokarmów, w szczególności mleka, jaj i czekolady. Czasami barwa skóry ma odcień podżółtawy, wątroba jest powiększona. a stolce zbyt obfite i cuchnące. Rodzice dziecka chorują na „wątrobę". W niektórych przypadkach „czynnik wątrobowy" bywa podejrzany, lecz nie może być wykazany. W liczbie tych dzieci spotykamy się z nadwrażliwością na zmiany klimatyczne i atmosferyczne, z objawami astmatycznemi, wypryskami skóry i pokrzywką. Większość tych dzieci reaguje dobrze na leczenie niedomogi wątrobowej lub leczenie klimatyczne. Dzieci te zwykle nie mogą dostosować się do wad i szkodliwości życia miejskiego („inadaptés urbains"). Wszystkie ich cierpienia znikają lub zmniejszają się na wsi, w górach lub nad morzem, nasilając się znowu po powrocie do miasta. Naturalnie inne „dysfunkcje" gruczołowe mogą również warunkować zaburzenia nieprzyswajania; lecz doświadczenie praktyczne poucza, że najczęściej dominuje niedomoga wątroby, i że najlepiej zwalcza się te stany nieprzyswajania za pomocą leczenia skierowanego na niedomogę wątrobową.

Zespół nieprzyswajania u niemowląt. Atrepsia[1].

Czynnik wątrobowy może odgrywać rolę nietylko u dzieci starszych lecz i w wieku niemowlęcym. Jednak zagadnienie nieprzyswajania w atrepsji niemowlęcej ulega zwężeniu.

Pierwotne wyniszczenie u niemowląt (wyłączając wtórny wpływ zakażeń i zaburzeń trawiennych) powstaje wg. autora wskutek „niezrównoważonego niedożywiania", które może powstać tylko przy odżywianiu sztucznem (znaczne rozcieńczenia mleka, wyłączne żywienie mączkami i t. p.).

Niedożywianie wywołuje naturalnie utratę wagi i chudnięcie: lecz wychudzenie li tylko wskutek głodzenia nie jest jeszcze atrepsją. Można go obserwować i przy niedożywianiu zrównoważonem (pokarmem naturalnym). Lecz u niemowląt w pierwszych czterech miesiącach życia pod wpływem niedożywiania niezrównoważonego dochodzi często do wyniszczenia posiadającego swoisty charakter atrepsji: pomimo doprowadzenia odżywiania do normalnych warunków (ilościowo i jakościowo) i normalnego trawienia — dziecko nie może już odzyskać wagi i ginie.

Dziecko w tym wypadku zachowuje się nie

[1]) Samowyniszczenie *(M. Michałowicz)*, decompositio, atrophia — synonimy (dep. ref.).

jak zwykły głodomór, lecz jak istota, która utraciła zdolność przyswajania pokarmów, do tego dołącza się dalej rozpad własnych tkanek. Przy niedożywianiu pokarmem naturalnym zwykle do stanu atrepsji rzeczywistej nie dochodzi.

Zespoły nieprzyswajania specjalne.

W zespołach poprzednio opisanych nieprzyswajanie zdaje się dotyczyć różnych pierwiastków przemiany materji, i cechuje się przedewszystkiem zahamowaniem i utratą wagi. Prócz tego istnieją zespoły kliniczne, w których nieprzyswajanie dotyczy tylko pewnych określonych pierwiastków pokarmowych. Istnieje np. nieprzyswajanie wapnia, którego bliższe badanie wykrywa znaczenie pewnych czynników fizycznych i chemicznych zdolnych powiększać lub zmniejszać nieprzyswajanie wapnia. Czynna krzywica stanowi przykład kliniczny nieprzyswajania wapniowego.

Nieprzyswajanie wapnia w krzywicy jest ściśle związane z trzema czynnikami: częściowy brak fosforu ($\frac{Ca}{P} = 3$) + brak promieni słonecznych + okres wzrostu kośćca. Wprowadzenie równowagi fosforowo-wapniowej ($\frac{Ca}{P} = 0{,}8$) pozwala uchylić wspólne działanie pozostałych czynników upośledzających przyswajanie wapnia. W większym jeszcze stopniu działa w tym kierunku naświetlanie promieniami pozafiołkowemi lub witamina D. Nieprzyswajanie wapnia jest więc bardzo ściśle związane z brakiem fosforu albo promieni działających na układ kostny w okresie wzrostu.

Można zwiększyć nieprzyswajanie wapnia wprowadzając do odżywiania sole strontu, magnezu i nawet samego wapnia w dużych dawkach [1]; w tych przypadkach zwiększa się nawet utrata wapnia i nawet czynniki wzmagające przyswajanie okazują działanie nieznaczne.

Ustrój źle przyswajający wapń może jednocześnie wykazywać zaburzenia w przyswajaniu innych składników pokarmowych. Przy ocenie stopnia nieprzyswajania waga i wzrost nie są wskaźnikami wystarczającemi; bowiem prócz nieprzyswajania ilościowego, istnieje nieprzyswajanie jakościowe; ustrój pozornie zdrowy długo może ukrywać w sobie zaburzenia równowagi w przyswajaniu, które uwidocznić się mogą nagle pod wpływem czynników dodatkowych.

Rola niektórych czynników przyswajania.

Prócz istnienia czynników „nieprzyswajania", istnieją także czynniki dodatnie. Jeżeli wrócimy do zespołów wątrobowych, to zobaczymy, że dwa zasadnicze czynniki sprzyjają tutaj przyswajaniu: czynnik pokarmowy i klimatyczny. Uczulenie tych chorych na niektóre pokarmy nasuwa myśl o szkodliwem działaniu tych pokarmów na sprawność odtruwającą wątroby. Obniżenie tej sprawności idzie często w parze z obniżeniem jej czynności wydzielniczej, a czynność ta jak wiadomo stoi w związku z przeróbką pokarmów dla ich dalszego należytego przyswajania.

[1]) Nota bene (dop. ref.).

Już samo usunięcie szkodliwych pokarmów z odżywiania normuje często sprawność narządu, — i naturalnie poprawia przyswajanie pokarmów. Odżywianie przystosowane do wydolności czynnościowej komórki wątrobowej, — staje się czynnikiem przyswajania.

Polepszenie czynności wątrobowej może być osiągnięte także na innej drodze. Pewna liczba dzieci tego typu zaczyna doskonale przyswajać pokarmy w lepszych warunkach klimatycznych, mimo zachowania dawnego sposobu żywienia. Czasami działa tak zwykła wieś, innym razem dopiero pobyt nad morzem lub górach daje wyniki, o ile naturalnie dziecko ma zapewnione swe „domowe" odżywianie.

Jeżeli mimo stosowania tych czynników przyswajania zaburzenie trwa dalej, należy bardzo starannie szukać czynników dodatkowych w postaci przewlekłych zakażeń lub zatruć. Stosowanie w małych dawkach insuliny i diety cukrowej pobudza u niektórych „wodochwiejnych" dzieci czynność wątrobowo-trzustkową i może stać się czynnikiem przyswajania.

W atrepsji niemowlęcej czynniki przyswajania są przedewszystkiem natury pokarmowej i streszczają się do ustalenia równowagi jakościowej. Obserwacja kliniczna jasno wskazuje na znaczenie stałej lub zachwianej równowagi pokarmowej jako antagonistycznych czynników przyswajania.

Wydaje się jak gdyby brak równowagi pokarmowej wywoływał ciężkie zaburzenia odżywiania w komórkach, które tracą zdolność przyswajania pokarmów. Temu zaburzeniu w przyswajaniu w pewnej chwili zaczyna towarzyszyć zwiększony rozpad prowadzący do wyniszczenia i śmierci. Badania autora i m-me *Enseline,* a także *Talbot, Ribadeau-Dumas, Fonet* — stwierdziły obniżenie przemiany podstawowej wskazującej na głębokie zaburzenia w odżywianiu komórkowem.

Autor wraz z *Michel'em* i *Bernheim'em* starali się stany te wywołać na drodze doświadczalnej, co im się udało na świnkach.

Zwierzęta, u których wywoływano awitaminozę C za pomocą odpowiedniej diety, przechodziły następnie na odżywianie pełnowartościowe. U niektórych znikały wtedy objawy awitaminozy i wraz z tem powracało normalne przybieranie na wadze. U innych zaś, mimo ustąpienia objawów awitaminozy, mimo obfitego odżywiania i normalnego trawienia, — spostrzegano dalszy spadek wagi doprowadzający do nieodwracalnego wyniszczenia.

Badania anatomiczne wykazały u tych zwierząt pewne zmiany w komórkach wątrobowych i szpiku kostnego. Atrepsja jest więc szczególnym rodzajem wyniszczenia — przy którym istota sprawy polega na zaburzeniu przyswajania wskutek ciężkiego czynnościowego (?) uszkodzenia komórkowego.

Autor wykazał na podstawie badań prowadzonych od 20-tu lat, że niedożywianie przechodzi kolejno 3 okresy: utajony, przedwstępny i jawny. W pierwszych dwuch okresach przyswajanie nie ulega zaburzeniu i wprowadzenie brakującego czynnika prowadzi szybko do wyzdrowienia. W ostatnim okresie cierpienia należy odróżnić dwa okresy; w początkowym wprowadze-

nie czynnika brakującego wznawia łaknienie i przyswajanie; w późniejszym okresie odpowiadającym atrepsji — substancja brakowa nie działa jako czynnik przyswajania i nie ratuje komórek od „czynnościowej" śmierci. Dotyczy to badań nad witaminą C. i A. A więc po wykluczeniu roli zakażenia i zatrucia, istnieją wg. autora dwa zasadnicze czynniki przyswajania, od których zależy zdrowie ustroju: czynnik równowagi pokarmowej i zbiorowy czynnik „atmosferyczny". Niektóre ustroje są mniej, inne bardziej wrażliwe na braki tych czynników.

Podstawowe zagadnienie przyswajania streszcza się dla dziecka normalnego w następującem równaniu = „równowaga pokarmowa + powietrze i słońce".

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Obraz kliniczny i leczenie przypadków nadmiernego gromadzenia się gazu w kiszkach. (Hyperpneumocolie). Aubourg.

La Presse Méd. Nr. 76, wrzesień 1933.

Gazy, które znajdują się w kiszkach i w warunkach prawidłowych, w pewnych przypadkach gromadzą się tam w nadmiernie dużych ilościach (aerofagja, zbyt intensywna fermentacja, upośledzenie wsysania gazów — wskutek zmian chorobowych w śluzówce wzgl. upośledzenia drożności jelit), będąc źródłem całego szeregu dolegliwości podmiotowych i przedmiotowych.

Objawy bliniczne polegają tu zwykle na napadowem wzdęciu brzucha, połączonem z bólami; napad taki kończy się najczęściej odejściem większej ilości gazów, ewentualnie i stolca, i uczucia pewnego odprężenia w brzuchu. Przyjęcie przez chorego pozycji leżącej i zastosowanie ciepłych okładów przyśpieszają owe odejście gazów. W wywiadach stwierdza się okresowe zaparcia stolca na zmianę z biegunkami; rzadziej dochodzi do objawów ostrej niedrożności jelit. Bywają i postacie skryte, w których brak jest jakichkolwiek objawów klinicznych, a dopiero zdjęcie rentgenowskie, wykonane z innego powodu, wykazuje olbrzymie skupienia gazu w kiszkach.

Główne skupienia gazu w kiszce grubej bywają umiejscowione w następujących okolicach (badanie promieniami Roentgena przy zastosowaniu wlewanki kontrastowej): zagięcie śledzionowe okrężnicy, zagięcie wątrobowe ,esica, wstępnica i zstępnica. Owe „guzy gazowe" wywołują szereg objawów uciskowych ze strony sąsiednich narządów.

Skupienie gazu w okolicy zagięcia śledzionowego daje: ucisk na żołądek (bóle, mdłości, wymioty, opóźnienie w opróżnianiu żołądka),odepchnięcie ku górze lewej połowy przepony i zmniejszenie jej ruchomości (utrudnienie w oddychaniu, duszność), ucisk na serce (bicie serca, uczucie niepokoju, tachycardia, niemiarowość tętna), na splot słoneczny (bóle w nadbrzuszu, zawroty głowy), na żebra (nerwoból międzyżebrowy).

Skupienie gazu w okolicy zagięcia wątrobowego: ucisk na pęcherz żółciowy (objawy kolki żółciowej, na odźwiernik i dwunastnicę, na nerkę lewą. Skupienia w okolicy kątnicy — imitują do złudzenia napady zapalenia wyrostka robaczkowego.

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje również dosyć często w tego rodzaju przypadkach obecność pewnych zmian anatomicznych ze strony kiszki grubej: nadmiernie dużą okrężnicę (megacolon), nadmiernie długą esicę, opuszczenie poprzecznicy, pasmo i zagięcie Lane'a, błonę Jacksona itp.

Pewną rolę w etjologji nadmiernego gromadzenia się gazów w kiszkach gra usposobienie neurasteniczne i skaza neuroartretyczna.

Leczenie — możliwie podstawowe, przyczynowe. Poza tem dobre wyniki dają lawatywy (kroplowe) z hypertonicznego roztworu chlorku sodu (w przypadkach ostrych — dożylne wlewania tego roztworu), prostygmina, elektryzacje.

Ponadrzepkowe rozerwanie mięśnia czworogłowego uda. (Les ruptures sus-rotuliennes du quadriceps femoral). Lenormant i Olivier.

La Presse Méd. Nr. 81, październik 1933.

Jest to naogół schorzenie rzadkie. Na 100 przypadków obrażenia aparatu, prostującego goleń względem uda, co do częstości — w 4 polega ono na rozerwaniu ponadrzepkowem mięśnia czworogłowego uda, w 5.7 — na rozerwanie więzadła rzepkowego, w 1.4 — na oderwaniu guzowatości kości goleniowej,w 85.5 — na złamaniu rzepki. Rozerwanie w omawianem schorzeniu może być umiejscowione bądź to w miejscu przyczepu ścięgna do górnego brzegu rzepki (oderwanie od kości), bądź to na przebiegu ścięgna, bądź też na przebiegu samego mięśnia (najrzadsza ewentualność, rozdarcie dotyczy wówczas całego mięśnia lub jego części). Prawie zawsze ulega równocześnie rozdarciu kaletka maziowa, leżąca pod mięśniem i komunikująca się szeroko z torebką stawu kolanowego; w związku z tem ulega otwarciu i wypełnieniu skrzepami krwi jama stawowa.

Etjologja. Bezpośrednią przyczyną obrażenia bywa gwałtowny skurcz mięśnia czworogłowego uda, zwykle przy grożącym upadku w tył; poza tem, rozerwanie ścięgna może być również następstwem urazu bezpośredniego (uderzenia). Poza urazem grają tutaj rolę również pewne czynniki uspasabiające, jako to: podeszły wiek, otyłość, miażdżyca tętnic, cukrzyca, kiła, przewlekłe zatrucie alkoholem, skaza dnawa, zmiany zapalne (osteochondritis dissecans) i zaburzenia rozwojowe ze strony rzepki. Na znaczenie czynników uspasabiających dla etjologji omawianego cierpienia zwraca również uwagę jego występowanie czasami po niewielkich stosunkowo urazach i występowanie dwustronne (na obu udach).

Obraz kliniczny. Ból samoistny utrzymuje się tylko przez pierwsze parę godzin; później zjawia się tylko przy próbach wykonania ruchu. W miejscu rozdarcia widać głęboką brózdę poprzeczną wskutek rozejścia się obu końców ścięgna względnie mięśnia. Zresztą, brózda ta może być skryta przez obrzmienie wskutek wylewu krwawego do ogniska rozdarcia (zasinienie skóry). Czynne unoszenie kończyny ku górze jest zniesione zupełnie (ruch ten bywa zachowany jedynie przy niecałkowitem rozdarciu w zakresie

samego mięśnia). Rzepka bywa obniżona i nadmiernie ruchoma na boki. W przypadkach trudnych pod względem rozpoznawczym za rozerwaniem mięśnia przemawia zawsze obecność dużego krwiaka.

Rokowanie w przypadkach l e c z o n y c h z a c h o w a w c z o jest niezbyt pomyślne: tylko 34% wyleczenia; wyleczenie to możliwe jest tylko w tych przypadkach, w których została zachowana częściowo ciągłość mięśnia i ścięgna. Leczenie bezkrwawe polega na unieruchomieniu kończyny w położeniu wyprostnem i stosuje się wyłącznie u osób starych i wyniszczonych. U pozostałych — zaleca się, z reguły, leczenie operacyjne, które daje 100% wyleczenia.

O p e r a c j a polega na rozległem odsłonięciu ogniska urazowego, usunięcia skrzepów krwi i zeszyciu końców ścięgna względnie mięśnia szeregiem szwów węzełkowych, starając się możliwie dokładnie odtworzyć prawidłowe stosunki anatomiczne. Po operacji kończynę uruchamia się naogół wcześnie. Jeśli w czasie operacji do szycia mięśnia użyto struny (catgut), to przy następowem uruchamianiu wskazana jest pewna ostrożność.

Przyczynek do mechanizmu działania leczniczego wyrwania nerwu przeponowego (Contribution à l'étude du mode d'action de la phrénicectomie). B o n a f é.

La Presse Méd. Nr. 82, październik 1933.

Wyrwanie nerwu przeponowego jest zabiegiem szeroko stosowanym w przypadkach gruźlicy płuc. Ma on na celu spowodawanie porażenia odnośnej połowy przepony, uniesienia jej ku górze i obkurczenia, a częściowo nawet unieruchomienia płuca po odnośnej stronie. Obok tego działania czysto mechanicznego na chore płuco, zabieg ów wywołuje również — jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia kliniczne — pewne zaburzenia w krążeniu i unerwieniu płuca, które, zależnie od przypadku i jakości tych zaburzeń, mogą być pod względem leczniczym pożądane lub niepożądane.

Od nerwu przeponowego odchodzą, jak wiadomo, liczne włókna łączące do pnia nerwu współczulnego (zwój szyjny środkowy i dolny), do nerwu błędnego, splotu ponadopłucnowego i innych. W czasie operacji wyrwania nerwu przeponowego może nastąpić bądźto przerwanie ciągłości tylko włókien ruchowych tego nerwu (względnie i nerwu przeponowego dodatkowego), bądź też ulegają przerwaniu i włókna współczulno-przywspółczulne okolicy podstawy szyi, co pociąga za sobą pewne zmiany naczynioruchowe, wydzielnicze i odżywcze w danem płucu. Zmiany te znajdują wykładnik w odnośnych objawach klinicznych, jakie się spostrzega po niektórych operacjach wyrwania nerwu przeponowego, jako to: szybkie i wybitne zmniejszenie się wydzieliny w oskrzelach i oskrzelikach chorego płuca (porażenie nerwów wydzielniczych), przekrwienie i obrzęk podstawy płuca (porażenie nerwów naczynioruchowych), zaostrzenie się swoistego procesu zapalnego w ogniskach danego płuca, zapalenie opłucnej, napady dusznicy oskrzelowej, kryzy żołądkowe, wystąpienie zespołu Claude Bernard — Horner z odnośnemi zaburzeniami ze strony gałki ocznej i powiek, zaburzenia naczynioruchowe w zakresie twarzy, szyi kończyny górnej (z obrzękiem) i inne.

W niektórych przypadkach, pomimo obecności owych ubocznych zaburzeń nerwowych (a może właśnie dzięki nim) ostateczny wynik leczniczy bywa — bardzo dobry, w innych zaś — odwrotnie, wynik bywa niedostateczny, względnie, występuje nawet pogorszenie po operacji. O tej ostatniej ewentualności należy pamiętać przy kwalifikowaniu odnośnych chorych do operacji wyrwania nerwu przeponowego i przy jej wykonywaniu.

Nowy objaw rozpoznawczy w przypadkach „lumbago". (Sur un nouveau signe du lumbago). D e m i a n o f f.

La Presse Méd. Nr. 93, listopad 1933.

Źródłem bólów przy lumbago w ścisłem tego słowa znaczeniu bywa najczęściej zmieniony zapalnie mięsień lędźwiowo-krzyżowy (m. sacro-lumbalis), część składowa mięśnia prostującego tułów (m. erector trunci). Mięsień ten jest najbardziej ze wszystkich mięśni grzbietu narażony na różne szkodliwości zewnętrzne (przeziębienie, urazy po-

średnie i bezpośrednie). Zapalenie mięśnia lędźwiowo-krzyżowego, poza bardzo silnemi nieraz bólami, nie daje prawie żadnych objawów przedmiotowych (jak np. obrzmienie, sztywność i t. p.), stąd — trudności rozpoznawcze w przypadkach lumbago i niemożność ścisłego umiejscowienia tych bólów, a zwłaszcza trudność przy różniczkowaniu z rwą kulszową.

Próba, stosowana przez autora w odnośnych przypadkach od 9 lat, ogromnie ułatwia tu dokładne rozpoznanie. Jest ona podobna do tej, jaka się wykonuje dla wywołania objawu Lasègue'a. Chorego układa się na plecach i następnie zgina się w stawie biodrowym kolejno obie kończyny dolne, unosząc je ku górze wyprostowane w stawach kolanowych. Przy uniesieniu do pewnego poziomu chory zaczyna odczuwać silny ból; ból ten może zależeć bądź to od naciągania chorego nerwu kulszowego (i bywa wówczas umiejscowiony w okolicy kości krzyżowej i na przebiegu nerwu), bądź też od rozciągania chorego mięśnia lędźwiowo-krzyżowego naskutek obniżania się przy tym ruchu tylnego brzegu miednicy. Jeśli jednak w czasie unoszenia ku górze dolnej kończyny miednica będzie unieruchomiona, to ból od naciągania nerwu kulszowego nie ulegnie przez to zmianie, ale ból od rozciągania mięśnia lędźwiowo-krzyżowego znacznie się zmniejszy lub ustąpi zupełnie. Unosząc w ten sposób naprzemian to jedną, to drugą kończynę dolną, z unieruchomieniem i bez unieruchomienia miednicy, można dokładnie ustalić miejsce powstawania bólu i oddzielić przypadki lumbago od przypadków rwy kulszowej, względnie, wykryć przypadki mieszane — po jednej stronie rwa, po drugiej lumbago, lub z obu stron rwa i lumbago.

M. Czyżewski.

ENDOKRYNOLOGJA.

O wchłanianiu folikuliny i jej pochodnych po podaniu doustnem. (Sur absorbtion par la voie buccale de la folliculine et son dérivé dihydrogéné). Girard A. Sandulescu G. i Fridenson A.

Cpt. Rend. de la Soc. de Biol. T. 112, Nr. 10, 1933 r.

Wiadomo, że, aby wywołać objawy rui u samic kastrowanych za pomocą hormonu jajnikowego podanego doustnie, należy zastosować go w ilościach znacznie większych niż po podaniu podskórnem. Follikulina jest odporna na działanie soku żołądkowego lecz natomiast w nieznacznym tylko stopniu przenika przez błonę śluzową przewodu pokarmowego. Współczynnik pochłaniania follikuliny wynosi od ⅛ — $^{1}/_{100}$ w zależności od dawki, rozpuszczenia, obecności alkoholu i t. d. Wobec tego trudno stosować czystą follikulinę drogą doustną.

Autorzy przeprowadzali badania z dwuhydrofollikuliną otrzymaną z czystej follikuliny przez zadziałanie na nią roztworem sodu w alkoholu w obecności niklu jako katalizatora. Ta pochodna follikuliny podana doustnie działa bardziej energicznie niż sama follikulina podana w takiej samej dawce podskórnie. W rostworze olejowym działa słabiej od follikuliny zwykłej. Widać z tego, że dwuhydrofollikulina z łatwością ulega wchłanianiu w jelitach, co stanowi ważną stronę dodatnią w terapji.

Zależność aktywności insuliny od sposobu jej podania. (Sur les différences d'activité des injections d'insuline suivant la voie d'administration). Chevillot M. J. Harmand, L. Hennequin i M. Lambert.

Cpt. Rend. de la Sociét. de Biologie. T. 112, Nr. 1, 1933 r.

Odnośnie działania insuliny, podanej bądźto dożylnie, bądź podskórnie, zdania są podzielone. Np. *Aubertin i Trinquier* podają, że u psa po podskórnym podaniu insuliny występuje większy spadek poziomu cukru we krwi niż po podaniu dożylnem. *Delerenne* i *Hallion* zaznaczają, że po dożylnem stosowaniu insuliny obniżenie poziomu cukru we krwi występuje szybciej ale jest bardziej krótkotrwałe niż po podaniu podskórnem. *Arborelius* i *Akerren* znaleźli, że insulina jest mniej czynna, o ile wprowadzi się ją w obrębie żyły wrotnej, wstrzykując ją np. dootrzewnowo (doświadczenia na królikach). *Schmidt* podnosi, że podanie insuliny podskórnie stosunkowo często daje objawy hypoglikemiczne (drgawki).

Autorzy przeprowadzali badania na królikach stosując insulinę naprzemian dożylnie i podskórnie w rozmaitych dawkach. Badania wykonano na zwierzętach jednego miotu i o jednakowej wadze. Po stosowaniu dawek od 3-ch do 6-ciu jednostek klinicznych, okazało się, że po podaniu dożylnem spadek poziomu cukru we krwi był mniejszy niż po podaniu podskórnem, zjawiał się natomiast bardzo szybko, ale nie trwał jednak długo. Objawy drgawek po stosowaniu dożylnem występują natomiast bardzo rzadko. Wyraźniejsze różnice pomiędzy stosowanie podskórnem a dożylnem występują wyraźniej po podaniu większych dawek insuliny (20 — 100 jednostek). Okazuje się, że zwierzęta znoszą bezkarnie dawki duże podane dożylnie a padają po dawkach nawet mniejszych, podanych podskórnie.

F. G.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Wartość chemicznego przerwania ciągłości nerwu współczulnego. (Sympathectomia chemica). (Valeur de la sympathectomie chimique en gynécologie). Binet A.

Gynéc. Obstétr. T. 27, Nr. 5, str. 393, r. 1933.

Zapoczątkowane przez *Doppler'a* w Wiedniu (1926 r.) metoda chemicznego przerywania ciągłości nerwu współczulnego, była tematem szeregu prac i obserwacji. Autor przystąpił do prób nad omawianą metodą dopiero po dokładnem zorjentowaniu, w wartości operacyjnego przecięcia nerwu współczulnego metodą Cotte'a.

Wskazania do zastosowania przecięcia lub chemicznego przerwania ciągłości nerwów współczulnych wypływają z roli jaką te nerwy odgrywają w fizjologji narządu rodnego kobiety.

Wiadomo, że macica znajduje się pod wpływem splotu podbrzusznego — plexus hypogastricus, jajnik zaś — pod wpływem splotu jajnikowego. Jeśli zatem pragniemy wpłynąć na cały

narząd rodny należy przeciąć przewodnictwo w obydwu wymienionych wyżej splotach.

Czynnościowo zależeć mogą od nerwu współczulnego następujące zaburzenia:

1) bóle, 2) oziębłość lub zboczenie płciowe, 3) zaburzenia naczynioruchowe, jak zastój czy przekrwienie; 4) zaburzenia w odżywianiu (kraurosis vulvae, elephantiasis, esthiomene, swiąd sromu), 5) zaburzenia w wydzielaniu zewnętrznem: ropotok, upławy wodniste lub nadmierna suchość śluzówek; 6) zaburzenia wewnątrz-wydzielnicze jajnika.

Oczywista czołowym wskazaniem dla omawianej metody leczniczej będą bóle w zakresie narządów płciowych. Zazwyczaj w tych przypadkach istnieją ponadto schorzenia organiczne, jednak samo ich naprawienie często bólów nie usuwa, a co zatem idzie konieczne jest przerwanie ciągłości nerwu współczulnego.

Jeśli chodzi o miejsce gdzie należy zaatakować nerw współczulny, to autor radzi jedynie trzy punkty anatomiczne:

1) splot podbrzuszny górny, inaczej nerw przedkrzyżowy, 2) krezka jajnika, 3) przymacicza boczne.

Do chemicznego przerywania ciągłości nerwów współczulnych używa się obecnie bądź 5 — 7% roztworu wodnego kwasu karbolowego, bądź 6% roztworu wodnego tricresol'u, bądź przetworów mieszanych o składzie naprz.

Tricresoli puri	1.0
Ac. carbolici puri	3.0
Aq. destil.	100.0

Technicznie stosuje się powyższe roztwory bądź smarując otrzewną w miejscach wyżej wspomnianych (oczywista po otwarciu jamy brzusznej), bądź działając bezpośrednio na nerw po nacięciu otrzewnej ściennej, bądź też wstrzykując pod otrzewnę najwyżej 20 cm^3 tego płynu.

Pierwszy sposób jest najsłabszy, drugi niszczy nerw zapomocą krótkiego bezpośredniego kontaktu, trzeci działa najsilniej, gdyż wprowadzony płyn pozostaje w kontakcie z włóknami nerwowemi przez czas tak długi, aż nie nastąpi resorbcja.

Sposób pierwszy nie wymaga bliższego omówienia, w drugim sposobie postępujemy ściśle tak samo, jak przy operacji Cotte'a, to znaczy nacinamy otrzewnę ścienną na wzgórku kości krzyżowej, odsłaniamy nerw przedkrzyżowy i dotykamy krótko ale kilkakrotnie tkanki nerwowej. Aby zadziałać na nerwy przebiegające w przymaciczu nacinamy otrzewnę więzadła szerokiego i smarujemy znajdujące się tu tkanki, aż do brzegu macicy.

Metoda trzecia wymaga wielkiej ostrożności, aby nie trafić na ślepo do naczynia krwionośnego, to też injekcje wolno robić dopiero po sprawdzeniu, że igła nie aspiruje krwi. Wstrzykiwać należy pod otrzewnę wzgórka kości krzyżowej, oraz po obydwu stronach w krezkę jajnika.

Powikłania wynikające z chemicznego przerwania ciągłości nerwu mogą być następujące:

1) zatrucie kwasem karbolowym: autor nie spostrzegał ani jednego poważnego przypadku, ale u 3 swoich chorych zauważył lekką żółtaczkę, lub stan podżółtaczkowy;

2) zakrzepy w zakresie żył miednicy małej — raz jeden obserwował b. lekki obrzęk kończyny dolnej;

3) uszkodzenia z przyżegania ściany jelita — uniknąć tego łatwo można osłaniając dookoła pole operacyjne;

4) krwawienia z macicy po operacji spowodowane silnym rozszerzeniem naczyń krwionośnych po sympatektomji. Autor spostrzegał dwukrotnie omawiane powikłanie, raz po chemicznej, raz zaś po operacyjnej sympatektomji.

Pomimo możliwości wyszczególnionych powikłań, praktycznie biorąc bardzo rzadkich, chemiczne przerwanie ciągłości nerwów współczulnych jest godne polecenie, z tego względu że jest metodą łatwą, szybką i całkowicie niszczącą nerw.

Wyniki kliniczne mogą być zdaniem autora bardzo dobre. Przytoczone w artykule obserwacje są -jednak mało przekonywujące przedewszystkiem z powodu jednoczesnego wykonywania innych zabiegów leczniczych operacyjnych.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Kiłowe sarkoidy. (Les sarcoides syphilitiques). J. Nicolas, G. Massia i Ch. Petonraud.

Journal de Médec. de Lyon, Nr. 321, 1933.

Sarkoidy skóry uważane początkowo za schorzenie odrębne przydzielono następnie do grupy tuberkulidów i podzielono na 2 typy: a) sarkoidy skóry Becka i b) sarkoidy podskórne Darier-Roussy. Sarkoidy tych 2-ch grup różnią się od siebie właściwie umiejscowieniem. a) *Sarkoidy Becka* mają za punkt wyjścia skórę właściwą, są to guzy początkowo żywo-czerwone, potem przybierają odcień bronzowy. Guzy te twarde, nacieczone, stopniowo miękną, nigdy nie wrzodzieją. Zwykle symetryczne sadowią się na twarzy, na barkach, na wyprostnych częściach kończyn. b) *Sarkoidy podskórne* Darier-Roussy co do umiejscowienia wykazują dwa typy, sadowią się one albo na klatce piersiowej albo na przednich powierzchniach ud i dolnej części brzucha. Są to guzy ruchome w stosunku do głębiej leżących tkanek, zrośnięte ze skórą, która na ich powierzchni jest nieco zaróżowiona ciemniejsza. Jak widać kliniczny obraz sarkoidów tych 2-ch grup jest różny, natomiast ich struktura histologiczna jest ta sama.

Od szeregu lat liczne spostrzeżenia kliniczne wykazują szybką i niekiedy całkowitą poprawę po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego w przypadkach sarkoidów tak jednego jak i drugiego typu. Spostrzeżenia te skłoniły szereg autorów do poddania ściślejszej rewizji gruźliczej etjologji tych guzów i jak okazało się, ani śródskórne szczepienia tuberkuliny, ani struktura histologiczna guzów, ani poszukiwania za prątkami Kocha nie dały pewnego dowodu co do gruźliczej etjologji tego schorzenia.

Autor przytacza kilka przypadków typu Becka i typu Darier-Roussy, w których leczeniem przeciwkiłowem uzyskano bardzo szybko poprawę, a nawet całkowite ustąpienie wykwitów; (2 miesiące). W innych przypadkach leczenie to tylko sprowadzało nieznaczną poprawę.

Zgodnie z zapatrywaniami *Pautrier'a*, który twierdzi, że sarkoidy stanowią pewien syndrom nie mający jednolitej etjologji, że są albo kiło-

we albo gruźlicze — i autor dzieli swoje przypadki na kiłowe, w których poprawa następowała szybko po leczeniu specyficznem i na gruźlicze, w których poprawa ta była powolną i nieznaczną. Ponadto wykazuje autor szereg cech w budowie histologicznej guzów; wskazujących na tą lub inną etjologję. A mianowicie: w guzach kiłowych nacieki mają skłonność do zajmowania warstw naskórka, w gruźliczych — naskórek bywa spłaszczony bez wyraźnych nacieków. Skłonność do martwicy jest wyraźniej zaznaczona w guzach gruźliczych. Przewaga limfocytowych nacieków wskazuje na gruźlicę, plazmocytowych — na kiłę. Zmiany naczyniowe spotykane zawsze są bardziej rozległe i z większą skłonnością do obliteracji w przypadkach kiłowych, w których widzimy także poza obrębem guzów nacieki okołonaczyniowe.

Z. Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

A. Lumièrè. Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose. 1933. Lyon. L. Sezanne. 135 stron.

Zbiorek, drugi zkolei, obejmujący, jak tytuł zresztą zapowiada, 10 prac poświęconych zagadnieniu szerzenia gruźlicy, a ogłoszonych przeważnie w ciągu roku 1933 w rozmaitych pismach. W pracach tych często natury polemicznej przedstawia Autor swe poglądy, jak wiadomo, oryginalne i nie zawsze zgodne z zapatrywaniami klasycznemi z taką elegancją stylu i dokładnością rozumowania, że i dla osób niezupełnie zgadzających się z zapatrywaniami powyższemi lektura tego dziełka sprawia wysoką przyjemność.

Dr. K. Stróżecki. Łaźnie w dawnej Polsce. Warszawa, 1933. Nakładem Autora. 112 stron. Cena zł. 4.

Wielka wdzięczność należy się Autorowi nietylko za poruszenie tematu bardzo ważnego i potrzebnego, lecz głównie za wskazanie rzeszom lekarzy prowincjonalnych odłogiem leżącego, a jednak wdzięcznego, pola działania, mianowicie rozbudzenia wśród ludności zamiłowania do korzystania z łaźni, którą łatwo na wsi sposobem gospodarskim można zbudować. Miałoby to kapitalne znaczenie higjeniczne, a jednocześnie, jak wskazuje książka powyższa byłoby nawiązaniem do zwyczajów dawnej Polski. Załączone plany i kosztorysy jeszcze bardziej ułatwiają sprawę. Ale i Kolegom nie interesującym się bezpośrednio tem zagadnieniem można polecić gorąco przeczytanie tej książeczki, znajdą oni w niej dużo ciekawych drobiazgów historycznych.

M. Zachert. La probleme du trachome en Pologne.

M. Zachert. Występowanie i zapobieganie jaglicy.

M. Zachert. Zagadnienie zapobiegania ślepocie.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

W przypadkach r o p o m o c z u j a ł o w e g o (z wyłączeniem gruźlicy nerek i pęcherza) bardzo dobre wyniki lecznicze dają wstrzykiwania dożylne roztworu nowarsenobenzolu (w ilości 0,15 g. na dawkę). W całym szeregu odnośnych przypadków, w których, ropomocz — pomimo stosowania różnorodnych środków, miejscowych i ogólnych — utrzymywał się miesiącami, osiągnięto zupełne wyleczenie po 1 —2 wstrzyknięciach dożylnych nowarsenobenzolu.

M.

W przypadkach o s t r e g o i p o d o s t r e g o z a p a l e n i a s t a w ó w osiągnięto bardzo dobre wyniki lecznicze przez zastosowanie naświetlań rentgenowskich — okolicy stawów chorych i serca; zwłaszcza naświetlenie okolicy serca w kilku przypadkach sprowadziło całkowite ustąpienie objawów poczynającego się z a p a l e n i a w s i e r d z i a. Nie zauważono przytem żadnego niepożądanego działania ubocznego.

M.

KRONIKA.

50% ZNIŻKI KOLEJOWE DLA OSÓB UDAJĄCYCH SIĘ NA CÔTE D'AZUR.

Staraniem Dyrekcji Kolejowej P. L. M. uruchomione zostaną w sezonie zimowym specjalne pociągi po cenach ulgowych, z Paryża na Côte d'Azur. Pociągi te składać się będą z wagonów 2 i 3 klasy.

Dla podróżnych wydawane są specjalne bilety z 50% zniżką za przejazd tam i z powrotem, ważne, 33 dni. Powrót może nastąpić dowolnym pociągiem, najwcześniej po 7 dniach pobytu na Côte d'Azur.

Tytułem informacji kilka cen biletów:

Paris-Cannes i z powrotem kl. II — fr. 320.— kl. III — fr. 210.—. Paris-Nice i z powrotem kl. II — fr. 330.— kl. III — fr. 215.—. Paris-Menton i z powrotem kl. II — fr. 335.— kl. III — fr. 220.—. Paris-Hyéres i z powrotem kl. II — fr. 290.— kl. III — fr. 190.—.

Dzieci od 3 do 7 lat płacą połowę ceny ulgowej.

Specjalne pociągi wyruszą z Paryża o godz. 21.25.

Dnia 7 i 20 grudnia 1933 r., dnia 4 i 18 stycznia 1934 r., 1 i 15 lutego 1934 r., 1 i 15 marca 1934 r.

***

Zarząd Towarzystwa „Trzeźwość" podaje następujące informacje:

Wzorem lat ubiegłych Państwowa Szkoła Higjeny z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej organizuje w dniu 8 — 13 stycznia 1934 r. VIII kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie".

Program kursu obejmuje zagadnienia z punktu widzenia społeczno-lekarskiego, oraz wskazuje systemy zwalczania tej klęski. Wykłady odbywać się będą codziennie w godz. 9 — 13 i 16 — 19 w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, Chocimska 24 — kurs jest bezpłatny — wpisowe wynosi 5. zł.

Dla pewnej liczby słuchaczy Ministerstwo przewidziało stypendja w wysokości 40 zł., a Państwowa Szkoła Higjeny rezerwuje miejsca w swej bursie za opłatą 4 zł. dziennie (mieszkanie i utrzymanie).

Podania o przyjęcie na kurs oraz o przyznanie stypendjów kierować należy do Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24.

Do podania, zawierającego dokładny adres kandydata należy dołączyć krótki życiorys, zawierający dane o dotychczasowej działalności, zwłaszcza społecznej i zaświadczenie instytucji lub organizacji, delegującej kandydata.

O przyjęcie na kurs i ewentualnem przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed dniem 5.I. 1934 roku.

LIST DO REDAKCJI.

Szanowna Redakcjo!

Upraszam najuprzejmiej o umieszczenie na łamach „Wiedzy Lekarskiej" następującego mego oświadczenia.

W Nr. 271 „Kurjera Czerwonego" z dnia 24 listopada 1933 r. przeczytałem telegram tej oto treści: „Odmładzanie bez małp. Wynalazek polskiego uczonego. Łódź, 24.11. — Tel. wł. — Polski fizjolog, łodzianin dr. Połoński odkrył nową metodę odmładzającą polegającą na poprawieniu czynności mózgu i nerwów przez odpowiednie zabiegi zewnętrzne bez operacji. Badania, przeprowadzone na osobach poddanych tym zabiegom stwierdziły wielką ich skuteczność i prawie niezwłoczne działanie odmładzające.

Metoda polega na specjalnym masażu gruczołów oraz naczyń i nerwów szyi, co poprawia obieg krwi w mózgu i wznawia czynności układu nerwowego. Metoda dr. Połońskiego, posiada tę wyższość nad metodami Steinacha i Woronowa, że nie wymaga żadnych kosztownych zabiegów operacyjnych. Eksperymenty dr. Połońskiego mają być zbadane przez urzędową komisję lekarską. (Ro)".

Nie miałem dotąd sposobności zapoznać się z metodą p. dr. Połońskiego, a więc nie wiem, czy powołuje się on na moją oryginalną pracę w kwestji walki ze starością. Wszelako uważam za stosowne podnieść, że metoda dr. Połońskiego, o ile można o niej sądzić z krótkiej notatki telegraficznej, w znacznej mierze przypomina mój sposób odmładzania ogłoszony drukiem w „Wiedzy Lekarskiej" Nr. 5, 1933 r. p. t. „Odrodzenie cielesne" oraz w „Przeglądzie Zdrojowo-Kąpielowym" Nr. 7, 1933 r. p. t. „La renaissance physique, (Contribution à l'étude de la lutte contre la vieillesse)".

Bardzo byłbym wdzięczny p. dr. Połońskiemu gdyby zechciał mi przesłać swoje ogłoszone prace o tym przedmiocie lub dać wskazówki, w jakiem piśmie fachowem mógłbym coś znaleźć o tym wynalazku łódzkiego fizjologa, gdyż nie myślę, aby *pierwsza* wiadomość o nowym sposobie pojawiła się w prasie codziennej.

Falenica.

D. 10 grudnia 1933.

Z poważaniem

Dr. *Kazimierz Połtowicz.*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*

Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".

Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O.** 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.